

بسمه تعالی
گزارش نهایی طرح پژوهشی

عنوان طرح

تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور جمهوری اسلامی ایران
Policy analysis of health transformation pain in treatment and curative services in Islamic Republic of Iran

مجریان طرح

حانیه‌سادات سجادی، معصومه حسینی، آرزو دهقانی

همکاران طرح

رحیم خدایاری زرنق، حامد زندیان، سیده سنا حسینی

مدیر اجرایی طرح

حانیه‌سادات سجادی

سازمان سفارش دهنده

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: با گذشت حدود دو سال از اجرای برنامه تحول سلامت در بخش درمان کشور، انجام ارزیابی جامع و کامل از این طرح ضروری به نظر می‌رسد. انجام این ارزیابی ضمن کمک به شناسایی وضعیت موجود و پاسخ به این سوال که اهداف طرح تا چه اندازه پوشش داده شده است، می‌تواند قوت‌های و نقاط قابل اصلاح برنامه را نشان دهد و امکان اصلاح و بهبود آن را فراهم نماید. بخشی از این ارزیابی جامع، مربوط به تحلیل و واکاوی مبتنی بر شواهد برنامه از منظر سیاست‌گذاری است که در این زمینه لازم است بدانییم فرایند سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان چگونه صورت گرفته، محتوای سیاست‌ها به چه صورتی است و چگونه شکل گرفته، چه متغیرهای زمینه‌ای بر روند سیاست‌گذاری و محتوای سیاست‌ها تاثیر گذاشته و می‌گذارند، چه افراد و سازمان‌هایی درگیر فرایند سیاست‌گذاری بودند، ارتباطات بین این افراد/سازمان‌ها و تاثیرات آنها چگونه بوده و نهایتاً سیاست‌های تدوین شده چگونه استقرار یافته، ارزیابی می‌شوند و چه نتایجی داشته‌اند. بدون شک تحلیل سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان که نوعی نقد از برنامه-های گذشته است، در سیاست‌گذاری و تدوین برنامه‌ها و اقدامات مناسب آینده جهت تسریع در حل مشکلات بخش درمان راه‌گشا خواهد بود. برای این اساس مطالعه حاضر با هدف تحلیل جامع سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان از ابتدا تاکنون (۱۳۹۳-۱۳۹۴) با استفاده از مدل‌ها و ابزارهای سیاست‌گذاری انجام شد.

روش اجرا: تحلیل سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان با بهره‌گیری از چارچوب‌های مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون، گرین و همکاران و جریان‌های چندگانه کینگدان انجام گردید. داده‌ها در این مطالعه با دو روش مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند و عمیق چهره‌به‌چهره فردی و تحلیل شواهد و مستندات مرتبط جمع‌آوری شد. همه افراد مطلع، سیاست‌گذاران و ذینفعان مختلف سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در بخش درمان جامعه مورد مطالعه را تشکیل دادند که با روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی، حجم نمونه لازم تا رسیدن به اشباع تعیین شد. همچنین همه اسناد سیاستی مربوط به تحول سلامت در بخش درمان در بخش تحلیل مستندات جامعه مطالعه بود. از معیارهای اعتبار، قابلیت تاییدپذیری، اعتماد و انتقال-پذیری برای ارزیابی مطالعه و از روش تحلیل چارچوب برای تحلیل داده‌ها و نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد.

یافته‌ها: دو گروه عوامل کلان (قانونی، سیاسی، اجتماعی-اقتصادی و بین‌المللی) و خرد عوامل زمینه‌ای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان بودند. جریان مشکل حوزه درمان که عمده‌ترین مشکل آن سهم بالای پرداخت از جیب مردم در منابع مالی سلامت بود، جریان سیاستی که از مدت‌ها قبل در کشور آغاز شده بود و در آخرین تغییر خود با اجرای مرحله دوم هدفمندی یارانه‌ها همزمان شد و جریان سیاسی که با تغییر دولت رقم خورد، پنجره فرصت سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان را باز کرد. استفاده از شواهد ملی و بین‌المللی موجود، حرکت در جهت اسناد بالادستی کشور، تحلیل موقعیت، جلب‌نظر و حمایت مدیران و مسؤولان ارشد سیاسی کشور، صرف وقت و زمان جهت انجام کارشناسی‌های لازم و نهایی کردن برنامه‌های پیشنهادی، تشکیل کارگروه‌های مربوطه و برگزاری جلسات منظم، تهیه و ارسال دستورالعمل‌های اجرایی هر برنامه، نگاه همزمان به تنظیم برنامه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت در حوزه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات سلامت و اولویت مدیریت بحران به‌وجود آمده در حوزه خدمات درمانی دولتی قوت‌ها و استفاده از رویکرد "بالا به پایین" در برنامه‌ریزی، نادیده گرفتن برخی از ذینفعان و عدم توجه به لزوم هماهنگی دو حوزه

بهداشت و درمان از نقاط قابل اصلاح در فرایند سیاست‌گذاری طرح بود. دو گروه ساختارهای برون‌سازمانی و درون‌سازمانی در سیاست‌گذاری طرح تحول نقش داشتند. در سیاست‌گذاری طرح پیشگفت اگرچه تلاش گردید مشارکت و همکاری بازیگران اصلی برنامه حتی‌المقدور فراهم شود و همکاری درون و بین‌بخشی، فراتر از آنچه در قوانین بالادستی تکلیف شده، در عرصه عمل اجرایی گردد. اما بازیگران طرح تحول، آن‌گونه و آن اندازه که برای توفیق در اجرای یک برنامه اصلاحاتی باید وارد عرصه عمل شوند، به بازی وارد نشدند و همین امر منجر به تعهد ناکافی آنها و در نتیجه بروز مقاومت‌هایی از سوی آنها شد. وضعیت تولید و استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت درمان نیز، اگر چه در مقایسه با تجربه‌های قبلی اصلاحات سلامت کشور، از وضعیت مناسب‌تری برخوردار بوده و حکایت از توجه سیاست‌گذار به اهمیت تولید این شواهد داشته، ولی همچنان کمبودهایی در این زمینه مشاهده شد. تحلیل محتوای سیاست طرح نیز نشان داد هدف اصلی بیشتر مداخلات، حفاظت مالی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به قوت‌ها و کاستی‌هایی سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور و نیز گذشت دو سال از اجرای این سیاست، آنچه از نقطه‌نظر سیاست‌گذاری در مقطع کنونی اهمیت دارد تدوین نقشه‌راه تحولات بعدی سلامت در حوزه درمان کشور است. نقشه‌راهی که با توجه به اولویت‌های سلامت، مسیر صحیح هزینه کردن منابع و مدیریت آنها مشخص شود و با بهره‌گیری از همت، هم‌اندیشی و تعامل سازنده و متعهدانه ذینفعان مختلف طرح، برای تبدیل این تحول به یک تغییر پایدار، هدفمند و بنیادین چاره‌اندیشی نماید. بدون شک اجرای این برنامه مستلزم پایدار کردن تأمین و اختصاص به‌هنگام منابع مالی بخش سلامت خواهد بود که نباید از دید مسؤولان کشوری دور بماند.

کلیدواژه‌ها: تحول سلامت، خدمات درمانی، تحلیل سیاست، ایران

فهرست مطالب

۲	چکیده
۸	۱. مقدمه
۸	۲. بیان مسئله و ضرورت اجرای مطالعه
۱۱	۳. سابقه طرح و بررسی متون
۲۴	۴. اهداف مطالعه
۲۵	۵. روش شناسی مطالعه
۳۱	۶. یافته ها
۳۱	۶-۱- مروری بر تاریخچه سیاستهای کلان حوزه درمان کشور
۳۷	۶-۲- عوامل مؤثر بر پیدایش/شکل گیری طرح تحول در حوزه درمان کشور
۴۱	۶-۳- تبیین فرایند سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۶۲	۷. ذینفعان سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۶۲	۷-۱- شناسایی ذینفعان سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور و نقش آنها
۶۳	۷-۲- ویژگیهای ذینفعان سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۶۶	۸. شواهد پشتیبان سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۶۶	۹. محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۶۷	۹-۱- معرفی برنامههای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۷۷	۹-۲- اهداف سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۷۷	۹-۳- توصیف محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان با استفاده از اهرم های کنترلی برنامه اصلاحات سلامت
۷۸	۱۰. پیامدهای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۸۳	۱۱. تفسیر و نتیجه گیری
۸۳	۱۱-۱- تحلیل نتایج
۸۷	۱۱-۲- بحث و تفسیر
۹۳	۱۲. فهرست منابع
۱۰۱	۱۳. پیوست ها

فهرست جداول

۲۶	جدول ۱- مشخصات مشارکت کنندگان مطالعه
۲۶	جدول ۲- مشخصات مستندات مورد مطالعه
۳۵	جدول ۳- تم ها و زیر تم های شناسایی شده عوامل مؤثر بر پیدایش طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۳۹	جدول ۴- تم ها و زیر تم های شناسایی شده فرایند سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۶۰	جدول ۵- تم ها و زیر تم های شناسایی شده ذینفعان سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۶۳	جدول ۶- ذینفعان سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۶۴	جدول ۷- تم ها و زیر تم های شناسایی شده شواهد سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۶۵	جدول ۸- تم ها و زیر تم های شناسایی شده محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۷۵	جدول ۹- اهداف طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
۷۶	جدول ۱۰- طبقه بندی محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور با توجه به اهرم های کنترل اصلاحات
۷۷	جدول ۱۱- تم ها و زیر تم های شناسایی شده پیامدهای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

فهرست اشکال

- ۲۴ شکل ۱- چارچوب مفهومی تحلیل سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور
- ۳۵ شکل ۲- پیوستار سیاستهای حوزه ارائه خدمات درمانی کشور
- ۴۶ شکل ۳- سیر جریانهای چندگانه برای سیاستگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان
- ۴۸ شکل ۴- نمودار ساختار سیاستگذاری طرح تحول سلامت در کشور
- ۵۱ شکل ۵- چارچوب ارائه برنامه های پیشنهادی کارگروههای طرح تحول سلامت
- ۵۸ شکل ۶- سیر تاریخی تدوین و اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

۱. مقدمه

تلاش برای دستیابی به هدف تأمین و ارتقای سلامت در کشور ما سابقه‌ای طولانی دارد و با وجود موفقیت‌های حاصله در این راستا، به نظر می‌رسد همچنان تا تحقق کامل هدف راه پرفراز و نشیبی در پیش‌رو است. در تداوم مسیر تحقق سلامت برای همه، تازه‌ترین اقدام و تلاش‌های دولت در جهت تدوین سیاست طرح تحول سلامت از مهرماه ۱۳۹۲ با برگزاری جلسات متعدد مسؤولان سلامت کشور آغاز شد و پس از اخذ مصوبات قانونی لازم و ارائه بسته‌های پیشنهادی و تدوین و ابلاغ دستورالعمل نهایی آن به صورت رسمی از ۱۵ اردیبهشت سال ۱۳۹۳ در حوزه‌های مختلف درمان، دارو و بهداشت اجرایی شد. اکنون با گذشت حدود دو سال از اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور و با توجه به نقش مهم ارزیابی در تعیین اثربخشی، انجام ارزیابی جامع و کامل از این طرح ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به چارچوب‌های مفهومی ارزیابی برنامه‌های تحول سلامت موجود، بخشی از این ارزیابی جامع، مربوط به تحلیل سیاست‌گذاری برنامه و واکاوی مبتنی بر شواهد آن از منظر سیاست‌گذاری است که در این مطالعه تلاش شد با بهره‌گیری از روش علمی تحلیل کاملی از سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور انجام شود.

۲. بیان مسئله و ضرورت اجرای مطالعه

از نظر تاریخی حق سالم بودن و برخورداری از سلامت واقعی، یکی از قدیمی‌ترین حقوق بشری است و هم در سطح قوانین بین‌المللی و هم در سطح قوانین اساسی کشورهای جهان به آن اشاره گردیده است (۱). سلامت به عنوان یک ارزش فردی و اجتماعی و نیز یک نیاز مهم بشری از دیر باز اهمیت داشته و تأمین و ارتقای آن از اهداف اصلی هر نظام و از جمله نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران بوده است (۲). امروزه نیز به سبب بروز چالش‌های اقتصادی و اجتماعی و پیشرفت تکنولوژی، مقوله سلامتی بیش از پیش اهمیت یافته و بعد جهانی به خود گرفته است. اهمیت سلامتی از آن جا آشکار می‌گردد که ارتقاء و بهبود استانداردهای سلامتی، افزایش ظرفیت‌های زندگی انسان‌ها را به دنبال خواهد داشت. ضرورت آن نیز تا حدی است که اولاً توسعه به عنوان رمز و راز پیشرفت‌ها، قدرت‌ها و ابرقدرت‌ها، خود نتیجه تبلور افکار، اندیشه، خلاقیت، توانایی و سازندگی انسان‌هاست؛ یعنی درحقیقت، انسان محور توسعه است و سلامت انسان کلید اصلی توسعه به حساب می‌آید. بی‌شک روند توسعه پایدار بدون ارتقاء سلامت در یک جامعه، روندی کاملاً آسیب‌پذیر و ناموفق است (۳). ثانیاً در سطح جهانی سلامت به عنوان پایه و اساس صلح و امنیت شناخته شده و تأمین آن به همکاری تنگاتنگ بین مردم و دولت‌ها منوط شده است (۴) و بالاخره اینکه سلامتی به عنوان هدف عالی هر نظام، در زمره اساسی‌ترین و کلیدی‌ترین سیاست برای ایجاد و توسعه عدالت اجتماعی در کشورها می‌باشد (۵).

مروری بر پیشینه تلاش‌های انجام شده در راستای تحقق هدف تأمین سلامت، بیانگر طراحی و اجرای راهبردهای مختلفی هم در سطح ملی و هم در سطح بین‌المللی است که اجرای هر کدام با فراز و نشیب‌های متفاوتی روبرو بوده و نتایج مثبت و گاهی منفی همراه داشته است. مجموعه این تلاش‌ها اگرچه بهبود کلی در پوشش هدف سلامت برای همه را به دنبال داشته است، اما به نظر می‌رسد مجموعه این تلاش‌ها نتوانسته هنوز موفقیت کامل را به دنبال داشته باشد. از این روی همچنان تلاش‌ها در قالب پیشنهاد راهبردهای مناسب‌تر و کامل‌تر جهانی و اجرای بومی آن‌ها ادامه یافت و در سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت، جهت دستیابی به هدف سلامت برای همه، راهبرد پوشش همگانی سلامت را پیشنهاد داد (۶). پوشش همگانی خدمات سلامت

براساس تعریف عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقاء، پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند (۷). از زمان پیشنهاد این راهبرد جهت تحقق هدف سلامت برای همه، کشورهای مختلف دنیا تلاش کردند برنامه‌ها و سیاست‌های مختلف و متناسب با شرایط، منابع و امکانات خود را برای عملیاتی نمودن این راهبرد طراحی و اجرا نمایند. البته در بسیاری از کشورها این تلاش حتی قبل از معرفی پوشش همگانی خدمات سلامت آغاز شده بود و پس از تعیین این راهبرد روند اجرایی سریعتر شد (۸).

در کشور ما نیز تلاش برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت سابقه‌ای طولانی دارد که طرح نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی و سطح-بندی خدمات سلامت به عنوان یکی از موفق‌ترین تجربیات در راستای تحقق این هدف بوده است (۹). لازم به ذکر است باوجود تلاش‌های متعدد صورت گرفته در این زمینه، به نظر می‌رسد همچنان تا دستیابی به پوشش همگانی سلامت راه پرفراز و نشیبی در پیش‌رو است (۱۰). در تداوم مسیر تحقق پوشش همگانی، تازه‌ترین اقدام کشور تلاش‌هایی بود که در جهت تدوین سیاست طرح تحول سلامت از مهرماه ۱۳۹۲ با برگزاری جلسات متعدد مسؤولان سلامت کشور آغاز شد و پس از اخذ مصوبات قانونی لازم و ارائه بسته‌های پیشنهادی و تدوین و ابلاغ دستورالعمل نهایی آن مرحله اول اجرایی شدن این سیاست از ۱۳۹۳/۲/۱۵ شروع شد (۱۱).

اجرای این طرح زمانی در دستور کار قرار گرفت که بر اساس شواهد موجود و نیز با توجه به اهداف اصلی نظام سلامت، در مقایسه وضعیت سلامت ۱۹۱ کشور دنیا، ایران از نظر سطح سلامت رتبه ۹۶، توزیع سلامت رتبه ۱۱۳، سطح و توزیع پاسخدهی به نیازهای غیرپزشکی به ترتیب ۱۰۰ و ۹۳، مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌ها رتبه ۱۱۲ و از نظر وضعیت کلی اهداف نظام سلامت رتبه ۱۱۴ را داشت (۱۲). این وضعیت سیاست‌گذاران و مسؤولان سلامت کشور را بر آن داشت تا با انجام مطالعات مقدماتی موردنیاز و کارشناسی‌های لازم، طرح تحول سلامت در بخش ارائه خدمات را که شامل مجموعه‌ای از اصلاحات در حوزه‌های خدمات درمانی، دارویی و بهداشتی بود طراحی و اجرا نماید.

اصلاحات پیشگفت در حوزه درمان سه هدف اصلی برقراری عدالت در دسترسی به خدمات درمانی، کاهش پرداخت مستقیم مردم برای هزینه‌های سلامت و ارتقای کیفیت خدمات و مراکز ارائه دهنده خدمات را نشانه‌گذاری کرد و دربردارنده ۱۰ برنامه‌ی اصلاحاتی بود. این ده برنامه عبارت بودند از بیمه نمودن ایرانیان فاقد بیمه، کاهش میزان پرداختی بیماران بستری، حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی، ارتقای کیفیت ویزیت در بیمارستان‌های دانشگاهی، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دانشگاهی، ترویج زایمان طبیعی، ارتقا اورژانس هوایی، پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران. حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با مدیریت اقشار آسیب‌پذیر، ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته کشور و افزایش دسترسی مردم به خدمات در سطح دوم و سوم، بهره‌مندی به‌هنگام از خدمات درمانی، حداکثر استفاده از امکانات آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات و ماندگاری پزشکان در بخش دولتی، یکپارچه‌سازی کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استانداردسازی آن‌ها بر اساس نیازها و انتظارات خدمت‌گیرندگان، حفاظت مالی از بیماران نیازمند در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت، ارتقای شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان، واقعی شدن قیمت خدمات سلامت و حذف بی‌عدالتی‌های پرداختی گروه‌های مختلف بالینی از مهم‌ترین اهداف فرعی و اختصاصی برنامه‌های پیشگفت عنوان شده بودند (۱۳، ۱۴).

اجرای این برنامه‌ها دستاوردهای مهمی را به همراه داشت که از آن جمله می‌توان به افزایش پوشش بیمه سلامت تا ۹۵٪/۵، کاهش میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت (شهری ۲/۷٪ و روستایی ۶٪)، کاهش میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های فقرزای سلامت (شهری ۱/۱٪ و روستایی ۲٪)، بهره‌مندی ۱۴ میلیون نفر از خدمات بستری، کاهش سهم مردم از هزینه‌های بستری به ۸/۵٪، کاهش قیمت انواع لوازم و تجهیزات پزشکی پرمصرف به ۴۲٪، کاهش ارجاع برای خرید دارو و تجهیزات به ۳/۲٪، افزایش دسترسی به اقلام دارویی و ملزومات مصرفی، کاهش سزارین به میزان ۵/۷٪، ارتقا کیفیت هتلینگ با پروژه‌های بازسازی و نوسازی، راه‌اندازی ۲۱ پایگاه اورژانس هوایی، استقرار ۷۲۴۲ پزشک متخصص مقیم در ۱۹ تخصص در بیمارستان‌ها، افزایش درصد پزشکان تمام وقت جغرافیایی مشمول برنامه ماندگاری به ۱۰۰٪، انجام بیش از ۸۰ میلیون ویزیت سرپایی با تعرفه دولتی، کاهش دریافت‌های غیرقانونی در بخش دولتی و خصوصی، ایجاد عدالت بین رشته‌ای و درون‌رشته‌های پزشکی در حق‌الزحمه خدمات، کاهش ۲۵٪ سهم مردم از هزینه‌های خدمات پاراکلینیکی و ایجاد انضباط مالی و شفافیت در بازار سلامت اشاره نمود (۱۳).

با گذشت حدود دو سال از اجرای برنامه تحول سلامت در بخش درمان کشور و با توجه به نقش مهم ارزیابی در تعیین اثربخشی (۱۵)، انجام ارزیابی جامع و کامل از این طرح ضروری به نظر می‌رسید. انجام این ارزیابی ضمن کمک به شناسایی وضعیت موجود و پاسخ به این سوال که اهداف طرح تا چه اندازه پوشش داده شده است، می‌توانست قوت‌های و نقاط قابل اصلاح برنامه را نشان دهد و امکان اصلاح و بهبود آن را فراهم نماید. با توجه به چارچوب‌های مفهومی ارزیابی برنامه‌های تحول سلامت موجود، بخشی از این ارزیابی جامع، مربوط به تحلیل سیاست برنامه و واکاوی مبتنی بر شواهد آن از منظر سیاست‌گذاری بود (۱۶). زیرا سیاست‌گذاری در بخش سلامت به دلیل ماهیت خاص تصمیم‌گیری در این بخش از جایگاه خاصی برخوردار است و دستیابی به اهداف سیاست‌گذاری یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های ذهنی سیاست‌گذاران هر کشور بوده و هست (۱۷).

سیاست‌گذاری در نتیجه تعامل میان نهادها (ساختار و قوانینی که چگونگی تصمیم‌های اتخاذ شده را شکل می‌دهند)، منافع (انتظارات گروه‌ها و افرادی که مزایا یا منافی را در نتیجه اعمال سیاست به دست می‌آورند یا از دست می‌دهند) و عقاید و دیدگاه‌ها (شامل نگرش‌های فردی و شواهد) حاصل می‌شود (۱۸). فرآیند سیاست‌گذاری، فرآیند پیچیده‌ای است و تحلیل سیاست‌گذاری است که می‌تواند درک پیچیدگی فرآیند سیاست‌گذاری و ماهیت آن را تسهیل نماید. تحلیل سیاست باعث درک بهتر فرآیند سیاست‌گذاری شده و در فراهم نمودن دانش و شواهد مرتبط با سیاست‌گذاری در خصوص مشکل‌ها و مسایل اقتصادی و اجتماعی مفید می‌باشد (۱۹). در تحلیل سیاست با استفاده از گستره‌ای از فنون و ابزارها می‌توان بررسی عمیق مشخصات سیاست‌های طراحی شده، چگونگی ورود آن‌ها به دستور کار سیاست‌گذاری، تدوین، اجرا و بررسی پیامدهای آن‌ها پرداخت (۲۰). تحلیل سیاست این امکان را به وجود می‌آورد که تعریف مشکل، چگونگی تدوین و اجرای سیاست، چگونگی تخصیص منابع و ابعاد تأثیرگذار بر روند سیاست‌گذاری به طور دقیق بررسی شوند. به علاوه با توجه به اهمیت سیاست‌گذاری آگاه و مبتنی بر شواهد، تحلیل سیاست دستیابی به درک درستی از سیاستی که در واکنش به مشکل اجتماعی تدوین شده یا در حال تدوین می‌باشد کمک نموده و در عین حال میزان فصیح و بلیغ بودن حمایت‌ها و مخالفت‌ها را به خوبی روشن می‌نماید (۲۱).

لزوم ارزیابی طرح تحول سلامت بخش درمان از یک سو و اهمیت درک عمیق و دقیق فرآیند سیاست‌گذاری آن از سوی دیگر، ارایه تحلیلی جامع و مبتنی بر شواهد و الگوهای سیاست‌گذاری از این روند را ضروری می‌ساخت. در این زمینه لازم بود مشخص شود فرآیند سیاست‌گذاری تحول سلامت در

بخش درمان چگونه صورت گرفته، محتوای سیاست‌ها به چه صورتی است و چگونه شکل گرفته، چه متغیرهای زمینه‌ای (اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سنتی و ...) بر روند سیاست‌گذاری و محتوای سیاست‌ها تأثیر گذاشته و می‌گذارند، چه افراد و سازمان‌هایی درگیر فرایند سیاست‌گذاری بودند، ارتباطات بین این افراد/سازمان‌ها و نحوه تأثیرگذاری و تأثیرپذیری آنها چگونه بوده و نهایتاً سیاست‌های تدوین شده چگونه استقرار یافته، ارزیابی می‌شوند و چه نتایجی داشته‌اند. همچنین در حالیکه در بیشتر ارزیابی‌ها، مشکلات اجرایی به عنوان یکی از چالش‌های اصلی ذکر می‌شوند، و کمتر این چالش‌ها به فرایند سیاست‌گذاری ربط داده می‌شوند، تحلیل محتوا و فرایند سیاست‌ها و شیوه اجرای آن‌ها، بر نقش‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه‌های ذینفعان متعدد تمرکز می‌کند و ابعاد مساله را روشن می‌سازد (۲۲، ۲۳). به نظر می‌رسید تحلیل سیاست این امکان را برای ما فراهم می‌آورد تا با استفاده از مدل‌ها و چارچوب‌های مناسب و با در نظر گرفتن زمینه و بافت فرهنگی، اجتماعی و سیاسی کشور و ماهیت برنامه تحول سلامت در بخش درمان، تحلیلی جامع و اثربخش در این موضوع انجام دهیم تا با مشخص شدن هرچه بیشتر ماهیت این موضوع و تحلیل رویکرد کشور به آن و نقد برنامه‌های گذشته، بتوانیم گام‌هایی اساسی در سیاست‌گذاری و تدوین برنامه‌ها و اقدامات مناسب آینده جهت تسریع در حل مشکلات بخش درمان برداریم. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تحلیل جامع سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان از ابتدا تاکنون (۱۳۹۳-۱۳۹۴) با استفاده از مدل‌ها و ابزارهای سیاست‌گذاری انجام گرفت.

۳. سابقه طرح و بررسی متون

تحلیل سیاست‌گذاری موضوعات مختلف سلامت هم در داخل و هم در خارج کشور موضوع موردعلاقه و بررسی پژوهشگران مختلفی بوده است. دامنه این موضوعات از تحولات بخش سلامت، تامین منابع مالی بخش سلامت، منابع انسانی بخش سلامت، بیمه، سیستم‌های اطلاعات سلامت تا موضوعاتی مانند سلامت روان، ایدز، مالاریا، تمرکززدایی متفاوت است. در این بخش گزارش کوتاهی از مطالعات مرتبط با تحلیل سیاست‌های تحول سلامت در داخل و خارج کشور ارائه می‌شود.

اخوان مطالعه‌ای را به صورت مروری برای تحلیل وضعیت بخش سلامت در محتوای قوانین و برنامه‌های توسعه در ایران بعد از پیروزی انقلاب اسلامی انجام داد. در این مطالعه پژوهشگر به روش کیفی و با استفاده از روش تطبیقی و تکنیک تحلیل محتوا، ۵ برنامه‌ی توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که پس از انقلاب مصوب شده بود را بررسی کرد. نتیجه تحلیل برنامه‌های پیشگفت نشان داد در هر ۵ برنامه توسعه مصوب پس از انقلاب بخش سلامت به صورت پررنگ دیده شده و احکامی مرتبط با آن در برنامه‌ها وجود دارد. در برنامه‌های اول و دوم احکام در خصوص گسترش شبکه‌های بهداشت و درمان و کنترل جمعیت بوده است. در برنامه سوم احکام رویکرد واگذاری خدمات داشته و در برنامه چهارم و پنجم احکام ناظر بر کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم و افزایش کارایی بوده‌اند. از نگاه تحلیل این مطالعه، رویکرد برنامه‌ها در ابتدا توسعه فیزیکی مراکز بهداشتی درمانی با نگاه دولتی بوده است. از آغاز برنامه سوم توسعه نگاه قدری به سمت واگذاری خدمات متمایل شده و از سویی بحث‌های عدالت توزیعی نیز مطرح می‌شود. در برنامه چهارم و پنجم مفاهیمی مانند عدالت در سلامت طرح شده است. تغییر رویکردها از گسترش فیزیکی به عدالت در دسترسی به خدمات

سلامت و عدالت مالی در این برنامه‌ها مشهود است. در نگاه کلی احکام و اهداف برنامه‌های توسعه این مطلب روشن شده که بسیاری از سیاست‌های کلی برنامه از منظر ظرف زمانی در قالب مواد و احکام برنامه قابلیت پیگیری و اجرا ندارند و از سویی نیز متولی مشخصی ندارند (۲۴).

نی‌پور در مطالعه‌ای دیگر به تحلیل ابرروند سیاست‌های کلان سلامت جمهوری اسلامی ایران پرداخته است. وی ابروندهای حاکم بر فضای سلامت در هزاره جدید را براساس مطالعات آینده‌پژوهی گردآوری نمود و با استفاده از تحلیل روند، پویا ماکرو به میکرو انجام داد. در این مطالعه تحلیل روند ده ابرروند حاکم بر گستره سلامت نشان داد در سیاست‌های تدوین شده‌ی کلان سلامت جمهوری اسلامی ایران ظرفیت‌های فراوانی برای خلق نوآوری در فناوری‌های جدید حوزه‌ی سلامت و فرصت‌های فراوان در سیاست‌های بیمه‌ای، تغییر چرخش از حجم به ارزش ارائه خدمات سلامت و پتانسیل شکل‌گیری پزشکی مشارکتی مشاهده شده است. این مطالعه در نهایت این‌گونه نتیجه می‌گیرد هرچند بسیاری از سیاست‌های کلان سلامت جمهوری اسلامی ایران هم راستای ابروندهای گستره‌ی سلامت می‌باشند و پتانسیل شگرفی برای تحول نظام سلامت در این سیاست‌ها نهفته است ولی توجه به گسترش سلامت همراه، توریسم پزشکی، پزشکی جامعه‌نگر، پزشکی سیستمی و فردگرایانه، تبدیل داده‌های بزرگ به دانش و نگاه ویژه به سالمندان می‌بایست در این سیاست‌ها مورد تأکید قرار گیرند (۲۵).

قلی‌پور و همکارش در مطالعه خود تحلیل طرح تحول نظام سلامت را انجام دادند و چالش‌ها و پیامدهای طرح را شناسایی نمودند. در مقدمه این مطالعه اشاره شده است با وجود پیشرفت‌های صورت گرفته در زمینه سلامت در سالیان اخیر رضایت جامعه حاصل نشده است و مسأله اصلی نظام سلامت هزینه‌های بالای پزشکی و عدم دسترسی یکسان به خدمات سلامت بوده و همین امر منجر به طرح تحول سلامت در ایران شده است. در ادامه آمده است در این طرح بر سه رویکرد حفاظت مالی مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات تأکید شده است. سپس پژوهش در صدد پاسخ به این سؤال برمی‌آید که آیا طرح تحول سلامت و اجرای آن و به‌طور کلی فرایند ختم‌شی‌گذاری در این طرح در راستای حل مسأله بوده است یا خیر؟ و آیا ختم‌شی‌گذاران با تصویب این طرح توانسته‌اند به مسأله عمومی اشاره شده جواب دهند یا خیر؟ مطالعه در پاسخ به این سؤالات با تکیه بر مدل‌های مختلف ختم‌شی‌گذاری و به صورت ارائه نظر (و نه استفاده از روش علمی)، موضوع دستورگذاری، جامعه شبکه خط-مشی‌گذاری، مدل تصمیم‌گیری، اجرا، ارزیابی طرح را تحلیل و عنوان می‌نماید با وجود دستاوردهای فراوانی طرح مانند کاهش هزینه‌های درمان، بهبود دسترسی به خدمات سلامت، حذف زیرمیزی، ارتقا سطح سلامت و افزایش رضایت نسبی جامعه، اجرای این طرح با چالش‌های زیادی مواجه شده است. از این روی ختم‌شی‌گذاران بایستی تدابیر لازم برای برطرف ساختن این چالش‌ها را مدنظر قرار دهند (۲۶).

دشمنگیر و همکارانش مطالعه‌ای جهت تحلیل سیاست‌های سلامت تأثیرگذار بر تامین مالی عادلانه در نظام سلامت ایران در سال ۱۳۹۳ انجام دادند. در این مطالعه پژوهشگران با اشاره به این که دستیابی به عدالت در تامین مالی سیاست‌های اجرا شده، آرمان مهم سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور است و در توسعه و اجرای هر سیاست در حوزه سلامت باید این مهم موردتوجه قرار گیرد، اقدام به تحلیل سیاست‌های سلامت تأثیرگذار بر تامین مالی عادلانه در نظام سلامت ایران پرداختند. مطالعه بر پایه یک چارچوب مفهومی و در ۵ مرحله انجام شد. در این مطالعه با بهره‌گیری از نظرات صاحب‌نظران سه سیاست برای تحلیل مبتنی بر مستندات و استخراج نگاهت سیاستی و از میان آن‌ها دو سیاست برای تحلیل براساس الگوی مثلث سیاست‌گذاری انتخاب شد. در این مطالعه گردآوری داده‌ها با کمک روش‌های مختلف مصاحبه، بحث گروهی متمرکز، مرور مستندات و جستجوی نظام‌مند، روش

اولویت‌بندی و روش دلفی سیاستی و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش چارچوب مفهومی، تحلیل محتوایی و تحلیل داستانی انجام گرفت. یافته‌های مطالعه نشان داد سه سیاست بیمه همگانی خدمات درمانی، سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها و سیاست تأمین مالی بیمارستان‌های هیأت امنایی برای تحلیل براساس مستندات سیاستی انتخاب شدند. در نگاشت مستندات سیاستی چهار دوره حرکت به سمت خودگردانی بیمارستان‌ها، اجرای سازمان‌دهی نشده سیاست، تداوم چالش‌ها و بی‌تصمیمی‌ها در تأمین مالی بیمارستان‌ها و سیاست‌های مالی و ساختاری در بیمارستان‌های دولتی شناسایی شد. ذینفعان سیاست‌های موردنظر، اهداف مختلف و تاحدودی متضاد از اجرای سیاست داشتند که به طور اجتناب‌ناپذیری منجر به روند اجرایی نامناسب و نارضایت-بخش گردیده بود. یافته‌ها همچنین نشان داد آغاز اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و واکنش ذینفعان مختلف به چگونگی اجرای آن منجر به چگونگی اجرای آن منجر به ایجاد فرصتی گردید که به انحای مختلف و براساس منافع ذینفعان مختلف تفسیرهای مختلفی از این قانون صورت گیرد و عملاً از روند اجرایی خود خارج شود. اجرای سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها منجر به تأثیرات طولانی‌مدت و منفی در بخش بیمارستانی و در کل نظام سلامت ایران گردیده و تأمین مالی بیمارستان‌های هیأت امنایی به دلیل اجرای ناکامل سیاست دستیابی به اهداف آن را با چالش مواجه ساخته است. در نهایت در این مطالعه اینگونه نتیجه‌گیری شده که ضعف در تدوین و اجرای قانون بیمه همگانی و سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها باعث گردید این دو سیاست نتوانند به اهداف خود برسند. در عین حال سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور برای رویارویی با چالش‌های مرتبط با سیاست‌های موردنظر تصمیم‌های سیاستی دیگری اتخاذ کردند که آنها نیز به فرجام نرسید. اجرای سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها در کشور باعث افزایش فشار مالی بر دریافت‌کنندگان خدمت و به ویژه قشر محروم و آسیب‌دیده گردید. اجرای سیاست مالی هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها نیز به دلیل عدم اجرای ابعاد مختلف این سیاست شکستی دیگر را در کارنامه نظام سلامت ایران ثبت کرد. به نظر می‌رسد تا زمانی که عوامل زمینه‌ای اجرای سیاست هیأت امنایی شدن فراهم نگردد همچنان بیمارستان‌های کشور از شرایط حاکم بر بیمارستان‌های خودگردان برخوردار خواهند بود. اصلاحات خودگردانی و هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها فی‌النتیجه نمی‌تواند در ساماندهی نظام سلامت کشور نقش داشته باشد و موفقیت در سیاست مالی اصلاحات ساختاری ذکر شده منوط به موفقیت در اجرای سایر سیاست‌های مرتبط از جمله گسترش پوشش همگانی سلامت می‌باشد (۲۷).

مطالعه‌ای در کشور چین توسط هو و همکارش به منظور تحلیل سیاست اصلی تحول سلامت و واکاوی مسیر توسعه و پیشرفت آن در آینده انجام شده است. از روش مرور مطالعات و تحلیل سیاست برای واکاوی اصلی‌ترین سیاست تحول سلامت در سال‌های اخیر کشور چین استفاده شده است. یافته‌های این مطالعه نشان داد قیمت‌گذاری دولتی مهم‌ترین نقش را در برنامه تحول سلامت داشته و همین موضوع هم یکی از دلایل اصلی عدم اثربخش بودن مکانیزم قیمت‌گذاری بوده است. یافته دیگر این مطالعه نشان داد در ۱۶ مورد مورد مطالعه برنامه اصلاح بیمارستان‌های دولتی موفقیت چشمگیر و معناداری نداشته است. در نهایت انجام این تحلیل پژوهشگران راهکار حل مشکل را تدوین و راه‌اندازی مکانیزم‌های صحیح قیمت‌گذاری خدمات پزشکی معرفی کردند (۲۸).

اوناکا و همکارانش در مطالعه‌ای خود به بررسی این موضوع پرداخت که چرا و چگونه طرح ملی سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های تحول سلامت نیجریه در جهت پوشش همگانی خدمات سلامت تدوین شده است؟ برای پاسخ به این سوال ترکیبی از روش‌های تحلیل مستندات، مصاحبه‌های عمیق، بررسی نقش بازیگران و استفاده از رویکرد تحلیل ذینفعان مورد استفاده قرار گرفت. نتیجه این تحلیل سیاست نشان داد نیاز برای استراتژی‌های

بهبود جذب منابع در طول دوره رکود اقتصادی دهه ۱۹۸۰ انگیزه اصلی ارائه طرح بوده است. ورود سازمان حفظ تندرستی به عنوان سازمان تأمین منابع مالی برای بیمه سلامت باعث افزایش اعتبار اجرای سیاست شد ولی با کاهش حمایت ایالت‌ها همراه گشت. در این تحلیل مشخص شد موفقیت‌آمیزترین دوره فرایند سیاست زمانی بود که وزیر جدید بهداشت در سطح وزارت یک رهبری کلی را ایجاد کرده و به صورت مؤثر علایق ذینفعان را در جهت کسب حمایت برای پیشبرد برنامه مدیریت نموده است. با این حال برنامه مذکور نتوانسته است پوشش را به صورت معناداری افزایش دهد. تجربه تحلیل سیاست این برنامه در نیجریه نشان داد علاقه و انگیزه رهبران سیاسی که ایجاد کننده حمایت و تعهد رهبری است سرعت اجرای فرایند سیاست‌گذاری را افزایش می‌دهد. اما نباید از این مهم غافل بود که لازم است مشارکت همه بازیگران فرایند به خصوص بازیگران بخش خصوصی را برای توفیق استراتژی‌های افزایش پوشش همگانی سلامت جلب نمود. همچنین تسهیم اختیار بین دولت فدرالی و ایالتی به معنای تضمین حمایت برای اجرای برنامه ملی از سوی دولت‌های ایالتی نیست و لازم است ایالتها به صورت فعال در فرایند و ساختار حاکمیتی مشارکت داشته باشند (۲۹).

مطالعات منتشر شده توسط بانک جهانی در خصوص نقد و تحلیل برنامه‌های اصلاحاتی مختلف کشورها برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در حوزه درمان یافته‌های را در برداشت که ضمن مروری کلی بر وضعیت و چگونگی برنامه‌ها، اهم دستاوردها و چالش‌های آن را شناسایی نمود. بر اساس این یافته‌ها وضعیت قبل از اصلاحات، ماهیت اصلاحات و پیامدها و درس‌های گرفته شده از اصلاحات در هر کشور مشخص شده است که در اینجا گزارش مختصری از تجارب این کشورها آورده می‌شود:

آرژانتین: با بحران اقتصادی سال ۲۰۰۱، جمعیت فقیر آرژانتین رشد چشمگیری یافت، نابرابری‌ها بیش‌تر شد و مردم پوشش بیمه خود را از دست دادند. از این رو، شاخص‌های بهداشتی، از جمله آمار مرگ و میر کودکان و مادران، به شدت در مناطق فقیرنشین رو به وخامت گذاشت و میانگین‌های ملی بدتر شده است. در واکنش به این وضعیت، دولت این کشور برنامه‌های نوآورانه بیمه درمانی مادر و نوزاد را، با نام Nacer اجرا کرد، که کمکی به معرفی تغییرات نوآورانه در سیستم سلامت آرژانتین می‌کند. این برنامه به ابزار قدرتمندی جهت افزایش پوشش خدمات عمومی در میان جمعیت بدون بیمه و بهبود اداره و بهره‌وری سیستم بهداشت و درمان تبدیل شد. طرح Nacer با هدف کاهش مرگ و میر مادر و نوزاد، زنان باردار و کودکان بدون بیمه از طریق مکانیزم‌های مالی مبتکرانه در سطح ملی، استانی و ارائه‌دهندگان ارائه گردید. به طور خاص، این برنامه بودجه را به دستیابی سه نوع از شاخص اثر ارتباط داد: نام نویسی در برنامه، تفویض مؤثر خدمات سلامت، و نتایج سلامت. طرح Nacer به تقویت حکومت و نظارت عملکرد دولت ملی در زمینه ایالتی نیز کمک نمود. نتایج زودهنگام از یک مطالعه ارزیابی تأثیر اجرا شده در استان‌های میسیونز^۱ و تکومان^۲ در سال اول اجرای طرح، نشان‌دهنده نتایج مثبت بود. به ویژه، این مطالعه نشان داد که این طرح، احتمال اولین بازدید مراقبت‌های دوران بارداری را قبل از هفته ۱۳ و ۲۰ام بارداری افزایش داده است. تعداد بازدیدهای قبل از تولد افزایش یافته، و زنان همچنین از بهبود کیفیت مراقبت‌ها، از طریق افزایش در احتمال واکسیناسیون بهره‌مند شده‌اند. بهبود کیفیت و کمیت خدمات منجر به بهبود در تولدهای سالم، افزایش متوسط وزن در زمان تولد و کاهش احتمال به دنیا آمدن کودکان با وزن بسیار کم شده است. در نهایت، برای کودکان زیر ۵ سال، این طرح احتمال انجام معاینات خوب را برای آن‌ها فراهم می‌کند. در

¹ Misiones

² Tucuman

اجرای این برنامه اصلاحاتی مشخص شد اصلاحات اساسی نقش کلیدی در موفقیت این برنامه ندارد. در عوض، عامل اصلی، استفاده استراتژیک از منابع مالی در ثبت و حفظ ارتباط میان هدف و جمعیت، برقراری ارتباط با مکانیزم‌های ساخته شده در حین کار و رویکردهای مبتنی بر نتایج که مشوق در رسیدن به نتایج مطلوب است، می‌باشد. همه این‌ها در چارچوب وجود یک شبکه مراقبت بهداشتی است که قبلاً به دلیل عملکرد نامناسب برای افراد بدون پوشش بیمه، دچار شکست شده است. برای کشور آرژانتین در آینده، برنامه‌های حمایت کننده از استراتژی بهداشت جهانی، نیازمند درس گرفتن از طرح Nacer است. اعمال تغییراتی در روش‌های سنتی، تغییر از طرح‌های مالی مبتنی بر ورودی به رویکردهای مالی مبتنی بر نتایج باعث کمک به افزایش دسترسی خدمات بهداشتی و تقویت دولت در کل سیستم بهداشت عمومی می‌شود. با این حال، همه این‌ها باید با توسعه سیستم اطلاعات سلامت، نظارت و ابزار ارزیابی برای بررسی عملکرد بخش بهداشت و درمان، پروتکل‌ها و گایدلاین‌ها، پرداختن به مسائل مربوط به پایداری برنامه، تساوی بین استان‌ها، و نیاز به ایجاد فرآیند استاندارد برای تعیین اولویت‌ها شامل، مطالعات بالینی و مقرون به صرفه و مکانیزم اعتبار اجتماعی، است (۳۰).

برزیل: برزیل از زمان ایجاد دموکراسی در دهه ۱۹۸۰، مدل توسعه‌ای را در پیش گرفت، که باعث پیشرفت فراگیر در سرمایه‌گذاری بزرگ در برنامه‌های اجتماعی، با هدف کاهش فقر و بهبود کیفیت زندگی خانواده‌های فقیر شد. این پیشرفت از طریق برنامه‌های اجتماعی هدفمند، مانند برنامه انتقال پول نقد مشروط، Bolsa Família، و از طریق اصلاحات گسترده‌ای مانند پیاده‌سازی اساسی نظام سلامت و ایجاد یک نظام سلامت ملی از مالیات، نظام سلامت یکپارچه؛ به دست آمد. نظام سلامت یکپارچه اصول بنیان گذاشته شده در سال ۱۹۸۸ را تجلی بخشید، که براساس آن دسترسی همگانی و برابری دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یک حق شهروندان و وظیفه دولت گذاشته شد. این طرح اهداکنندگان و زیرساخت‌های عمومی را متحد ساخت و بر روی مراقبت‌های اولیه سرمایه‌گذاری کرد و به طور اساسی در مدل موجود مبتنی بر بیمارستان مراقبت‌های درمانی پزشکی تغییراتی ایجاد کرد. مراقبت ابتدایی استراتژیک، عمدتاً از طریق برنامه شاخص خود، استراتژی پزشک خانواده (FHS)؛ تیمی چند رشته‌ای متشکل از متخصصانی که مسئول قلمرویی مشخص هستند و جمعیتی که آن افراد با آن‌ها ارتباط برقرار کردند را مقرر کردند. اصلاحات مهم زیر از طریق FHS معرفی شدند: (۱) انتقالات فدرال به شهرداری برای تامین مالی اولیه بهداشتی که براساس مقدار سرانه ثابت به علاوه مقداری متغیر، باعث انگیزش گسترش برنامه می‌شود (به عنوان مثال، پوشش جمعیتی، تعداد تیم‌های بهداشتی)؛ (۲) توافقات صریح و روشن که ما بین حوزه از قبل تعیین شده قوانین و مسئولیت‌های دولت، شاخص‌های برنامه، و اهداف به امضا رسیده است؛ (۳) نظارت مستمر بر عملکرد شاخص‌ها و افزایش بیش‌تر شفافیت با در دسترس قرار دادن نتایج برای عموم، جهت ترویج پاسخگویی؛ (۴) شهرداری‌هایی که طرح را اجرا می‌کنند قادر هستند محدودیت‌های منابع انسانی را از طریق کارگران قراردادی، دور زدن محدودیت‌های بودجه برای بیش‌تر کردن دستمزد کارمند دولت، کاهش دهند. گرچه برنامه به طور مستقیم قشر فقر را هدف قرار نمی‌دهند، اما گسترش آن پوشش و دسترسی آن را برای اقشار کم درآمد و آسیب پذیر اولویت قرار می‌دهد. در ابتدا، به نظر می‌رسد که برنامه به پوشش حدود ۱۰۰ میلیون نفر رسیده است. دولت در حال اجرای برنامه‌هایی برای تقویت و یکپارچگی همه جانبه در سراسر سطوح شبکه ارائه

¹ The Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS).

² The Family Health Strategy

خدمات و بهبود کیفیت مراقبت‌های اولیه است، که احتمال دارد کاستی‌های فعلی را حل و فصل کند و در نهایت به افزایش استفاده از خدمات سطح پایین‌تر منجر شود (۳۱).

چین: پیش‌روی پوشش همگانی سلامت در چین بی‌نظیر است. از زمان تأسیس شورای ملی اصلاحات پزشکی در سال ۲۰۰۶، هدف اصلی اصلاحات پزشکی این کشور، ارائه همه‌جانبه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و سلامت به تمام مردم کشور شد. طرح اصلاح چین تعهدی بزرگ است، که نیاز به هماهنگی ۱۵ وزارتخانه در سراسر کشور و تعامل با بخش سلامت دارند. برنامه جدید پزشکی تعاونی روستایی (NRCMS) در سال ۲۰۰۳ و بیمه پزشکی ساکنان شهری (URBMI) از سال ۲۰۰۷ راه‌اندازی شدند. به علاوه، طرح کمک‌های پزشکی (MA) در سال ۲۰۰۳، خدماتی حمایتی مالی برای بخش باقی‌مانده جمعیت که خیلی فقیر هستند در نظر گرفته شده است. این یک برنامه دولتی است که به کسانی که تحت پوشش نظام تأمین اجتماعی هستند و نمی‌توانند حق بیمه سلامت خود را تقبل کنند و یا هزینه آن را از جیب خود بدهند کمک می‌کند. در حالی که چین پهنای خدمات خود را به قشر فقیر گسترش داده، دامنه (جامعیت خدمات تحت پوشش) و عمق (میزان مصونیت در برابر ضرر مالی) آن به نظر کافی نمی‌آید. میزان افزایش پذیرش بیمارستان‌ها نشان می‌دهد، تا ۵۰ درصد از این پذیرش‌ها تمایل به مراقبت سرپایی مقرون‌به‌صرفه‌تر دارند. بیماران همچنان سطوح بی‌کیفیت مراقبت را تجربه می‌کنند و در صف‌های طولانی بیمارستان‌های سطح بالا می‌ایستند. حمایت‌های مالی از خانواده‌ها به اندازه‌ای که مسئولین انتظار دارند، با مزایای ناچیز و مصرفی اندک، صورت نمی‌گیرد. این دسته از ضعف‌های برنامه ممکن است با پرداختن به موضوعاتی همچون انباشت خطر، اصلاح مکانیزم‌های پرداخت، تنظیم بسته‌های خدمات برطرف گردد. با این حال، طرح HCP چین، بخشی از یک نظام سلامت گسترده است. از این رو، نگاه به مشکلات فراسوی طراحی برنامه HCP، مانند ترتیبات نهادی، انتقال بین دولتی، و محدودیت عرضه ضروری است (۳۲).

کاستاریکا: پوشش همگانی سلامت در کاستاریکا از طریق یک برنامه واحد ملی بیمه درمانی ارائه شده است. در این طرح بدون در نظر گرفتن نقص‌های سیستم از فقرا محافظت می‌شود و سیاست‌های حمایتی تعبیه می‌شود. در ابتدای اجرای این برنامه یکی از دلایل موفقیت آن تصمیمی بود که بر مبنای اولویت‌بندی مجموعه اولیه خدمات مراقبت‌های بهداشتی و مداخلات بهداشت عمومی اساسی با تأکید بر ارتقای سلامت و پیشگیری برای همه مردم، از جمله کسانی که در خارج بخش رسمی هستند، گرفته شده بود. تثبیت پوشش بیمه درمانی جهانی در سال ۱۹۹۰ انجام گرفت، زمانی که وزارت بهداشت ارائه خدمات بهداشتی را متوقف ساخت و واحدهای مراقبت از بیماران بستری و ارائه خدمات بهداشتی اولیه را به سیستم تأمین اجتماعی منتقل کرد. این مراقبت‌های اولیه است که نقش مهمی در تبدیل کاستاریکا را به ایفا کننده نتایج بهداشتی برتر در امریکا لاتین و کارائیب مبدل ساخته است، با امید به زندگی و آمار مرگ و میر نوزادان در سطوح مشابه با کشورهای اروپایی (OECD). با تغییراتی از جمله مواجهه افزایش هزینه‌های تولید و تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک جمعیت که به سرعت در حال پیر شدن بود، امنیت اجتماعی کاستاریکا در حال تغییر بود. ابزارهای اطلاعات و مدیریت بالینی و مالی از رده خارج شدند و هیچ ابزار یا داده برای نظارت بر هزینه‌های واحدهای تولیدی و یا پاسخ از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی وجود ندارد. موافقت‌نامه‌های عملکرد و گروه‌های مربوط به تشخیص معرفی شده در گذشته همچنان به عنوان ابزار مدیریت مدرن مورد استفاده قرار می‌گیرند.

¹ Organization for Economic Co-operation and Development

با این حال نگرانی‌های مربوط به پاسخگویی و پایداری مالی با افزایش سطح نارضایتی از لیست انتظارهای طولانی، به خصوص برای مراقبت از بیماران بستری و تخصصی، در حال رشد است. رشد انفجاری حقوق و جبران مزایا در طول پنج سال گذشته، نگرانی گسترده‌ای در مورد مدیریت بیمه بهداشت عمومی ایجاد کرده است. عناصر کلیدی در دستور کار سیاست‌گذاران شامل (۱) افزایش ظرفیت نهادهای CCSS و مدیریت در سطوح مرکزی و منطقه-ای؛ (۲) توسعه ابزارهای مدرن جهت نظارت و رشد تخصیص عادلانه‌تر و کارآمد منابع در سراسر شبکه منطقه‌ای؛ (۳) معرفی ارزیابی فن آوری سلامت و تصویب دستورالعمل‌های بالینی به روز؛ (۴) ایجاد اولویت‌هایی از فهرست گسترده‌ای از خدمات برای نظارت بر به موقع بودن، کیفیت، و منابع. مقامات به نیاز مبرم مهار رشد مصرف مادام افزایش بهره‌وری و کیفیت خدمات واقف هستند (۳۳).

اتیوپی: اتیوپی پیشرفت قابل توجهی در بهبود سلامت در طول دهه گذشته داشته است و در مسیر دستیابی به اهداف توسعه هزاره سوم قرار دارد. استراتژی‌های نوآورانه به منظور بهبود رفتار خانوار و پوشش خدمات بهداشتی اولیه در دستاوردهای اتیوپی نقش داشتند و برنامه ترویجی بهداشت (HEP) هسته خلاقیت و نوآوری باقی ماند و مدلی را برای تلاش کشورها جهت بهبود نتایج سلامت در محیطی با منابع محدود فراهم کردند. در سال ۲۰۰۳، ابتدا در جوامع کشاورزی و متعاقب آن در جوامع شهری و دامپروری، HEP توسط دولت اتیوپی به عنوان ابزاری اصلی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت گسترش پیدا کرد. برنامه به طور کامل با سیستم گسترده سلامت یکپارچه شد و به عنوان بخش و قسمتی از ساختار واحد مراقبت‌های بهداشتی اولیه درآمد. این طرح ۱۶ مجموعه با تعریف صریح پیشگیرانه، ارتقاء و خدمات اساسی درمانی ارائه کرد. همه برنامه‌ها برای همگان رایگان و دردسترس هستند. بسط دهندگان سلامت (HEWs) نقش اصلی را در این طرح ایفا می‌کنند. همه آن‌ها خانم‌هایی با مدرک ۱۰ دبیرستان با مشارکت فعال در جامعه هستند. آن‌ها حدود یکسال آموزش داده شدند و سپس جهت ارتقاء سلامت و ارائه خدمات سلامت در سطح روستا اعزام می‌شوند. دو HEW زوجی برای خدمت به ۳۰۰۰ تا ۵۰۰۰ هستند. بیش‌تر وقت خود را به بازدید از منازل و توسعه اختصاص داده‌اند. نزدیک به ۳۵۰۰ نفر از آن‌ها استخدام، آموزش دیده، و به روستاها اعزام شدند. از زمان رواج HEP نتایج قابل توجهی در زمینه‌های مربوط به پیشگیری از بیماری، بهداشت خانواده و بهداشت محیط زیست صورت گرفته است. گرچه نشان دادن نسبت پیشرفت مراقبت‌های بهداشتی به طور مستقیم کار دشواری است، اما بین سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۱۱، کاهش به ازای ۱۲۳ فوت از ۱۰۰۰ تولد، به ۸۸ فوت از ۱۰۰۰ تولد رسیده است؛ میزان شیوع پیشگیری از بارداری از ۱۵ درصد به ۲۹ درصد افزایش، کوتاهی قد در کودکان زیر پنج سال از ۵۲ درصد به ۴۴ درصد کاهش، شیوع کم خونی در زنان از ۲۷ درصد به ۱۷ درصد کاهش، میزان زاد ولد از ۵/۴ به ۴/۸ کاهش، و استفاده از پشه بندهای آغشته به حشره‌کش از ۱/۳ درصد به ۴۲ درصد افزایش یافته است. با وجود دستاوردهای قابل توجه در هشت سال گذشته، HEP با چالش‌هایی رو به رو است که عبارت‌اند از: بهبود کیفیت خدمات ارائه شده تحت برنامه، افزایش مهارت و عملکرد HEW، به ویژه در حوزه سلامت مادران؛ و حفظ برنامه با ساختار شغلی مناسب برای HEW (۳۴).

گواتمالا: از زمان امضاء پیمان صلح ۱۹۹۶، گواتمالا برای ایجاد ثبات اقتصادی و سیاسی و به بهبود شاخص‌های اجتماعی خود تلاش داشته است. طبق قانون اساسی این کشور دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی حق اساسی هر شهروندی است. اما در عمل، این مسئله برای آن‌ها چالش برانگیز شده است. در سال ۱۹۹۷، با حمایت بالاترین سطوح دولتی، وزارت بهداشت گسترش برنامه پوشش را بنیان نهاد. از آنجایی که پیش از آن تعدادی از سازمان‌های غیر دولتی خدماتی را در کشور ارائه می‌کردند، دولت گواتمالا تصمیم گرفت با آن‌ها وارد تفاهم شود و بسته‌ای از خدمات تغذیه‌ای و سلامت

را با تمرکز بر گروه هدف کودکان و مادران در مناطق روستایی ارائه کند. وزارت بهداشت تخمین می‌زند در حال حاضر خدمات سلامت و تغذیه مورد نیاز ۵۴ درصد از جمعیت روستایی در گواتمالا را رفع می‌کند. گذشته از افزایش پوشش خدمات سلامت و تغذیه به مناطق فقیر روستایی، PEC با تقویت سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه به روش‌های گوناگون اعتبار کسب کرده است. از جمله (۱) معرفی برنامه‌ریزی و نظارت بر ابزار؛ (۲) بهبود در بهره‌وری اجرایی، به ویژه در مورد سازمان‌های غیردولتی که به عنوان مدیران خدمت تیم‌های بهداشتی همراه استخدام شدند؛ (۳) استفاده از پرسنل جایگزین برای مقابله محدودیت نیروی انسانی به معنای، داشتن پرستاران کمکی به جای وابسته بودن به پزشکان. برخلاف توزیع‌اش، PEC به اولویت‌های وزارتخانه‌ها، و غالب زمینه‌های اقتصادی سیاسی، به خصوص شرایط واگذاری خدمات به بخش‌های غیردولتی، وابسته باقی مانده است. با این که برخی از دولت‌ها PEC را به عنوان کلیدی برای دستیابی به دسترسی همگامی به سلامت و تغذیه تلقی می‌کنند، سایر دولت‌ها آن را اولویت نمی‌بینند. با این حال روشن است، تأثیر PEC ناشی از کسری بودجه مزمن به دلیل حمایت سیاسی متغیر و فضای مالی محدود گواتمالا حاصل شده است. گسترش پوشش سلامت پایدار و ویژه از نظر مناطق و گروه‌های جمعیتی تحت پوشش، و نوع خدمات تحت پوشش، به منابع و تعهد قابل توجهی از طرف دولت نیاز دارد (۳۵).

هند: بخش سلامت هند همچنان با چالش‌هایی همچون میزان کم تأمین مالی دولتی، تثبیت مسائل در سیستم ارائه دولتی و تداوم نفوذ هزینه‌های خارج از بودجه رو به رو است. سه ابتکار به کار گرفته شده توسط دولت هند با هدف پرداختن به برخی از این چالش‌ها، بهبود دسترسی و دسترسی به خدمات سلامت، مخصوصاً برای قشر فقیر و آسیب‌پذیر جامعه شامل مأموریت ملی سلامت روستایی (NRHM) از وزارت بهداشت، درمان و رفاه خانواده و (RSBY) از وزارت کار و استخدام و طرح Rajiv Aarogyasri از دولت آندرا پرادش است. این سه طرح از سازمان‌های مختلف، تقریباً به صورت همزمان، با استفاده از روش‌های مالی و تحویل متفاوت طراحی شده است. طرح مأموریت ملی سلامت روستایی که در سال ۲۰۰۵ راه اندازی شد به چندین نوآوری در ارائه خدمات منجر و باعث افزایش سرمایه‌گذاری دولت مرکزی در بخش سلامت، به ویژه برای مداخلات بهداشت عمومی و مراقبت‌های اولیه شد. از سال ۲۰۰۷، موج جدیدی از طرح‌های حمایتی دولت از بیمه بهداشت و درمان، همچون RSBY و Rajiv Aarogyasri، طبقه بندی جدیدی از استفاده و مدیریت از منابع عمومی برای سلامت اتخاذ کردند. چندین دستاورد این برنامه بی‌سابقه بوده و پیامدهای وسیعی داشته است. طرح‌های حمایتی دولت از بیمه بهداشت، خریدهای بخش سلامت را از بخش خصوصی در مقیاسی که قبلاً دیده نشده فعال کرده است. گرچه موفقیت‌های ابتدایی در این طرح بدون چالش و موضوعات ناتمام مانده نبوده است. برای مثال، پیشرفت‌های زیادی به سمت پرداخت مبتنی بر عملکرد و تساوی تشویق‌ها برای کارکنان اصلی بخش سلامت صورت نگرفته است. برای تقویت‌کنندگان مراقبت‌های اولیه NRHM، برای برنامه‌های بیمه درمانی دوم و سوم و برای کمک به مراقبت‌کنندگان موثر بعد از ترخیص بیمار محدودیت وجود دارد (۳۶).

اندونزی: اندونزی از کشوری است که در تلاش برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت چالش‌های بسیاری دارد و امیدوار است تا سال ۲۰۱۹ به این هدف خود برسد. گرچه پوشش بیمه به طور قابل توجهی پیشرفت داشته است، با این حال حدود ۶۰ درصد از مردم هنوز هم بدون پوشش بیمه هستند. به علاوه اطمینان از دسترسی به خدمات با کیفیت بالا موضوع اساسی باقی می‌ماند، مخصوصاً در مناطق روستایی و دور افتاده. یکی از برنامه‌های این کشور، برنامه بیمه سلامت مالی دولت برای اقشار رو به فقر و مستضعف بود که ارزیابی عملکرد آن می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را برای

سیاست‌های بعدی با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت به ارمغان آورد. این برنامه مستقیم با مدیریت و نظارت مستقیم مالی وزارت بهداشت جهت پوشش دهی به ۷۶ میلیون نفر اجرا شد. به طور خوشبینانه، حدود ۴۰ درصد اقشار فقیر و رو به فقر خارج از این پوشش بودند، استفاده بیماران بستری و سرپایی از میان دارندگان کارت افزایش یافته، سطح پرداخت کاهش یافته، مشارکت ارائه‌دهندگان خصوصی فزونی داشته، و یک دیدگاه مثبتی میان ثبت‌نام کنندگان در این طرح ایجاد شده است. متأسفانه، شواهدی از استفاده اقشار غیرفقیر، سطوح پایین اجتماعی کردن و آگاهی از مزایا، استفاده کم و کیفیت نسبتاً پایین از مراقبت، تناقضات منطقه‌ای در دسترسی به بسته‌های مزایای عمومی، سطح نسبتاً پایین از حفاظت مالی، و مکانیزم مسئولیت پذیری و بازخورد ضعیف وجود داشت. تا زمانی که ارائه‌دهندگان دولتی هنوز از یارانه‌های دولتی در قالب پرداخت حقوق و مزایا و سرمایه‌گذاری استفاده می‌کردند، بازپرداخت‌های این برنامه ارزش کامل خدمات را منعکس نمی‌کرد. گرچه این طرح بسته‌ای جامع از خدمات را ارائه می‌کرد، ولی در عمل، بهره‌برداری و بازپرداخت مطالبات همراه آن، هزینه پوشش بهداشتی را به خاطر محدودیت‌های عرضه خدمات منعکس نمی‌کرد و لازم بود بهبود عملکرد این طرح انجام شود (۳۷).

جامایکا: سیستم مراقبت بهداشت اولیه جامایکا مدلی برای منطقه کارائیب در سال ۱۹۹۰ بوده است. به همین دلیل مردم جامایکا نسبت به سایر کشورهای با سطح درآمد مشابه در وضعیت سلامت بهتری برخوردار بودند. با این حال نظام سلامت آن به شدت از بیماری‌های عفونی مداوم و پایدار، رشد سریع بیماری‌های غیر مسری و صدمات رنج می‌برد. از این رو دولت جامایکا در صدد افزایش سلامت و بهبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی بر آمد. با تاسیس صندوق ملی بهداشت جامائیکا (NHF) و لغو هزینه‌های مصرف‌کنندگان، دولت گامی به سمت دستیابی به پوشش همگانی سلامت برداشت. صندوق با هدف "کاهش بار مالی مراقبت‌های بهداشتی در بخش دولتی" توسط مجلس به تصویب رسید. از آنجایی که بیماری‌های غیر ناقل از علل اصلی مرگ و میر تبدیل شده بود، NHF اقدام به معرفی رویکرد مدیریت بهداشت عمومی جهت درمان آنها، با هدف ارائه مزایای مراقبت‌های بهداشتی فردی و نهادی به جامائیکا کرد. مزایای فردی NHF شامل یارانه تخصیص داده شده به طیف وسیعی از داروهای تجویز شده برای بیماران مبتلا به یکی از ۱۵ بیماری مزمن خاص بود. رکود اقتصادی، نرخ بالای بیکاری و تشدید هزینه مراقبت‌های بهداشت جهانی برای خانواده پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را بسیار دشوار می‌کرد. در سال ۲۰۰۸، دولت هزینه استفاده‌کنندگان از مراکز بهداشت عمومی را لغو کرد، و همه مردم جامایکا از خدمات مراقبت سلامت رایگان استفاده کردند. رویکرد جامائیکا به پوشش همگانی سلامت نتایج مختلفی را داشته است (۳۸).

کنیا: دولت کنیا طرحی را برای گسترش عرضه خدمات درمانی و تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق اجرای بخش بودجه خدمات سلامت که پول نقد را به امکانات بهداشتی اولیه انتقال می‌داد، برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت اجرا کرده است. این طرح در سال ۲۰۱۰ در پاسخ به چالش‌های شناسایی شده توسط بررسی پیگیری هزینه‌های عمومی راه‌اندازی شد. جوامع محلی، دریافت بودجه را مدیریت و با کارکنان به منظور بهبود ارائه خدمات بهداشت اولیه همکاری نزدیک کردند. این طرح همچنین به بهبود پاسخگویی استفاده از منابع دریافتی از خواستگاه‌های مختلف کمک کرد. ابتکار HSSF به خوبی با اصول انتقال هم تراز شده بود. این طرح تاکنون به حدود ۳۰۰۰ امکانات بهداشتی اولیه در بخش عمومی بسط داده شده است. داده‌های اجرایی وزارت بهداشت افزایش استفاده از امکانات اولیه بهداشتی را گزارش می‌کند. امکانات سلامت قادر بودند تا نگهداری همه جانبه خود را با کارکنان قراردادی محلی بهبود بخشند و با خرید مواد مصرفی جهت کیفیت مراقبت را ارتقا دهند. با این وجود با چندین چالش عملیاتی در طول

دو سال اول اجرا مواجه شدند. مهمترین آن‌ها صدور مجوز به موقع برای تحمیل هزینه‌ها، نیاز به کمک در حسابرسی، و بعد از آن ساده‌سازی حسابرسی بود (۳۹).

جمهوری قرقیزستان: دولت قرقیزستان از طرح بسته‌بندی برای حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت در اقتصاد کم درآمد استفاده کرده است. طرح بخشی از یک برنامه اصلاح نظام سلامت جامع ملی را معرفی می‌کند که منجر به بهبود مستند حمایت مالی، دسترسی و بهره‌وری و کاهش پرداخت غیررسمی می‌شود. با این حال برخی از نتایج جهت شرایط اساسی سلامت بهبود نیافت و کیفیت مراقبت به صورت نگرانی باقی ماند. جهت پرداختن به این چالش‌ها، طرح دن سلوک^۱ در سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۱۶ گسترش یافت. این طرح بر روی ۴ حوزه ابتدایی تمرکز دارد: بیماری‌های قلبی (CVDs)، بهداشت مادر و نوزاد (MCH)، سل (TB)، و بیماری عفونی HIV (HIV). وی دستور کار اصلاحات بلند پروازانه‌ای را پیشنهاد داد که، کمیت دستاوردهای سلامت طی ۴ سال آینده را پیش بینی می‌کند، شناسایی مداخلات فردی و جمعیتی مورد نیاز برای رسیدن به چنین پیشرفت‌های بهداشتی و فعالیت‌های تقویت کننده سیستم سلامت مورد نیاز برای رسیدن به اهداف مورد نظر را مشخص می‌کند (۴۰).

ماساچوست: ماساچوست یکی از ۵۰ ایالت آمریکا، بعد از اصلاحات انجام گرفته بر روی بیمه درمانی اجباری برای تمام شهروندان، به پوشش جهانی ۶/۶ میلیونی رسید. این کشور بالاترین رتبه پوشش بیمه سلامت را از بین همه ایالات دارد. ۳ مکانیزم اصلی وجود داشت که از طریق آن این پوشش گسترده شد: (۱) گسترش برنامه بیمه عمومی برای اقشار فقیر و نیازمند، (۲) بیمه بهداشتی فردی: گسترش و تنظیم مزایای سلامت کارفرما برای کارگران، اشخاص و گروه‌های کوچک بیمه، (۳) مراقبت از کشورهای مشترک المنافع: ایجاد یک برنامه جدید که پوشش معتبر مقرون به صرفه‌ای را برای ساکنانی که واجد شرایط بیمه عمومی و کارفرمایی نیستند را فراهم می‌کند. سه مولفه نظارتی که منجر به اصلاح شد عبارت بودند از (۱) زیرساخت‌های نظارتی قوی که اطمینان می‌داد برنامه بیمه پوشش مناسب و مقرون به صرفه‌ای فراهم می‌کند، (۲) نیازی که همه شهروندان واجد شرایط از پوشش استفاده کنند یا از جریمه‌های مالی رنج ببرند، (۳) کارفرمایان پیشنهاد ارائه پوشش بیمه را برای کارگران خود مطابق با قوانین و ضوابط می‌خواهند، (۴) بازار بیمه خصوصی تحت اصلاحات امتناع از ایجاد پوشش بیمه برای افراد با زمینه بیماری، یا از گرفتن حق بیمه گزاف غیرقابل تحمل براساس سن و یا وضعیت سلامت، ایجاد شده است. پوشش همگانی با گسترش و اصلاح برنامه‌های موجود بیمه‌های خصوصی و عمومی، ایجاد برنامه جدید جهت پوشش آن دسته از اشخاص که تحت شکاف پوشش قرار گرفته‌اند، و با تقویت زیرساخت‌هایی که از طریق آن واجد شرایط بودن برای پوشش شناخته می‌شود، حاصل شده است (۴۱).

مکزیک: دولت مکزیک در سال ۲۰۰۳، قانون سلامت عمومی را جهت ایجاد SPSS و اجزاء اساسی آن و بیمه بهداشت و درمان محبوب (PHI) تجدیدنظر کرد. هدف از این تجدید نظر: (۱) افزایش بودجه دولتی سلامت و کاهش نابرابری در هزینه‌های عمومی در سراسر طرح بیمه عمومی و ایالاتی، (۲) بهبود نتایج سلامت، کاهش پرداخت‌های خارج از جیب برای خدمات بهداشتی و محافظت در برابر هزینه‌های فاجعه بار سلامت، (۳) اصلاح سازمان و عملکرد سیستم سلامت دولت بود. بیمه PHI نقش انتقال دهنده منابع را از فدرال به ایالت و از بودجه قدیمی به صندوق حق بیمه ایفا می‌-

¹ Den Sooluk

کند. بسته مزایای PHI، که به عنوان فهرست خدمات بهداشت جهانی شناخته شده است، طراحی شد تا مداخلات مقرون به صرفه جهت درمان و کنترل علل اصلی مرگ و میر و بستری در بیمارستان را شامل گردد. این بسته مقیاس‌های از قبل تعیین شده را بازبینی کرد تا مداخلات جدید را در برگیرد. با اجرای طرح هزینه کلی سلامت افزایش پیدا کرد. همچنین تفاوت هزینه‌های عمومی بین کسانی که پوشش بیمه تامین اجتماعی دارند و آن‌هایی که بدون بیمه هستند را در سراسر ایالت کاهش داده است. همچنین استفاده از خدمات سلامت را افزایش، هزینه‌های شخصی از جیب و هزینه‌های فاجعه بار سلامت را کاهش داد. با وجود این موفقیت‌های بزرگ، نظام سلامت با چندین چالش مواجه است. نابرابری بزرگ در نتایج سلامت و منابع بهداشت در سراسر ایالات مکزیک همچنان باقی مانده است (۴۲).

فیلیپین: در سال ۱۹۹۶ فیلیپین نیز مانند سایر کشورهای کم‌درآمد جهان، برنامه برنامه پوشش بهداشتی مالی دولت (HCP) را برای خانواده‌های فقیر پیشنهاد کرد. هدف از اجرای این طرح دسترسی این قبیل خانواده‌ها به به نیازهای خدمات سلامت بدون تجربه محدودیت‌های مالی بود. با این حال، در جنبه‌های دیگر اجرای برنامه، HCP با مشکلات بسیاری مواجه بود. برای مثال، این انتظار می‌رفت که واحدهای دولت محلی (LGU) فقرا را شناسایی، ثبت نام و به آن‌ها پرداخت‌هایی را داشته باشد. در سطح LGU راه‌های گریز و تناقضات مختلفی در استفاده از ابزارهای هدف وجود داشت. در برخی موارد، دولت ملی متوجه این موضوع شد و خانواده‌های فقیر را با استفاده از بارانه‌های دولت ملی ثبت‌نام کرد. این کار خوب عمل کرد و ثبت‌نام افزایش یافت. یکی دیگر از مشکلات مربوط به خدمات و پوشش مالی تحت بسته شرکت بیمه بهداشتی بود. بسته خدمات به اندازه‌ای قوی نیست که قدرت مالی کافی‌ای را به خانواده‌های فقیر بدهد. مشکل بعدی مربوط به مدیریت تسهیلات سلامت بخش عمومی و پاسخگویی برای بودجه بود. در غیاب سیستم‌هایی که امکانات بهداشتی در آن‌ها نگهداری می‌شدند، بیمارستانها از نظر مالی تجهیز نمی‌شدند و کیفیت خدمات خود را ارتقا نمی‌دادند. هیچ سیستم صریح و روشنی برای نظارت بر عملکرد امکانات بهداشتی و درمان وجود نداشت. با گذر زمان چندین پیشرفت مثبت در HCP رخ داد. طرح HCP دارای یک تعهد سیاسی قوی در سطح ریاست جمهوری بود (۴۳).

ویتنام: در سال ۲۰۱۱ حدود ۹۷ درصد از افراد فقیر در ویتنام در بیمه سلامت اجتماعی (SHI) ثبت‌نام کرده بودند. با این حال با نرخ بالای ثبت‌نام به پوشش مناسبی تبدیل نشد. فقرا به اغنیا کمک هزینه می‌دادند و استان‌های فقیر به استان‌های غنی‌تر. پرداخت‌های از جیب زیاد و مداوم بود و منجر به عدم حفاظت مالی از اقشار فقیر می‌شد. در همین حال یارانه دولت برای سلامت به طور کافی به نیازمندان نمی‌رسید. در سال ۲۰۰۹ همه قوانین بیمه بهداشتی به یک برنامه ادغام شد. حق بیمه فقرا کاملاً توسط دولت یارانه‌ای و ثبت‌نام اجباری شد. ویتنام عناصر بیمه بهداشت اجتماعی کمکی را با سطوح قابل توجهی از منابع مالی مالیات ترکیب کرد تا پوششی برای فقرا و بخش غیر رسمی ایجاد کند. این کشور سیستم پرداخت بیمه تک نفره، با ائتلافی واحد و مزایایی یکپارچه دارد. در عمل مکانیزم تخصیص منابع براساس سرانه برای مراقبت‌های اولیه، قبلاً سطح بالایی از عملکرد و ریسک ائتلافها را تشدید کرده است. نرخ سرانه بر اساس نرخ بهره تاریخی، استانی و گروه خاص تعیین می‌شود. گروه‌ها و استان‌های فقیرتر با محدودیت‌های بیش‌تری برای دسترسی، نرخ پایین استفاده و در نتیجه سرانه پایین مواجه هستند. افزایش میزان ثبت‌نام با هیچ‌گونه کاهش در نرخ فاجعه‌های سلامت یا میزان هزینه شخصی در میان فقرا، همراهی نداشته است. هزینه پرداخت خدمات، استقلال داخلی بیمارستان، تخصیص منابع و روش‌های پرداخت، که مشوق‌های قوی‌ای را برای ارائه‌دهندگان خدمات ایجاد کرده است، پرداخت‌های OOP را دشوار می‌سازد. یارانه بیمارستان‌های دولتی موفق به رسیدن

به فقرا نشد، چراکه سهم بسیار زیادی بین بیمارستان‌های دوم و سوم تقسیم می‌شد که اقبال فقیر به آن‌ها دسترسی نداشتند. گسترش پوشش بیمه و افزایش استفاده از بیمارستان‌های دولتی توسط فقرا به بهبودی جزئی در توزیع یارانه‌های دولتی منجر شد (۴۴).

تایلند: مدل مالی تایلند و توانایی آن در گسترش سریع پوشش بیمه بهداشتی به کل جمعیت تجربه‌ای جالب را رقم زده است. این کشور از طریق ۳ طرح عمومی به این موفقیت دست یافته است: طرح پوشش همگانی (UCS)، طرح تأمین اجتماعی (SSS)، و طرح مزایای پزشکی خدمتگذار مدنی (CSMBS). طرح پوشش همگانی بسته مزایای جامعی برای ۴۸ میلیون اعضاء خود فراهم کرده، که شامل پوشش مراقبت از افراد بستری و سرپایی، جراحی و دارو است. این طرح به حمایت دولت مرکزی متکی است و چندین مکانیزم را برای شامل شدن هزینه در ارائه مراقبت را در بر می‌گیرد. همچنین توانایی مذاکره انحصاری با ارائه‌دهندگان و شرکت‌های دارویی جهت کاهش قیمت را دارد. پرداخت‌های تکمیلی برای برخی از درمان‌های پر هزینه و مداخلات جهت بهبود بهره‌برداری در نظر گرفته می‌شود. سیستم نظارت و ارزیابی در محل نیز وجود دارد. توسعه تاریخی سیستم بیمه درمانی در تایلند، به سمت پوشش همگانی، می‌تواند درس‌های مفیدی برای سایر کشورها با درآمد پایین‌تر و متوسط داشته باشد. ممکن است خیلی امکان‌پذیر و مقرون‌به‌صرفه نباشد، که کشوری بدون طرح عمده بیمه بهداشت و درمان، طرحی برای پوشش همگانی جامع برای کل جمعیت خود در نظر بگیرد که یک باره به اجرا درآید (۴۵).

شیلی: کشور شیلی جهت پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۰۵ اقدام به اعمال اصلاحاتی در برنامه بیمه اجتماعی سلامت خود با تمرکز بر بسته‌های پایه بیمه سلامت اجتماعی نمود. نتیجه اجرای این برنامه اصلاحاتی باعث افزایش هزینه‌های سلامت، کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب و بهبود دسترسی به خدمات سلامت برای همه مردم شده است. البته اجرای این برنامه بیمه اجتماعی با مشکلات اخلاقی در خصوص اظهار میزان درآمد افراد روبرو بوده که اقدامات برای حل این مشکل در دست طراحی است (۴۶).

کلمبیا: وضعیت نسبتاً مشابه در کشور کلمبیا برای پوشش همگانی سلامت دیده می‌شود که با اجرای برنامه بیمه سلامت اجباری، پیامدهای سلامت و دسترسی به خدمات سلامت بهبود یافته است، ولی ادامه برنامه به مشکل پایداری تامین منابع مالی روبرو شده و مسولان را به چاره‌اندیشی در این زمینه واداشته است (۴۷).

گرجستان: در کشور گرجستان برای پوشش همگانی سلامت برنامه بیمه پزشکی افراد فقیر در اولویت قرار گرفت. این برنامه که به خوبی افراد فقیر را هدف‌گذاری کرده بود توانست بهبود حفاظت مالی را به دنبال داشته باشد و سرمایه‌گذاری‌هایی در بخش بیمارستانی و فناوری‌های اطلاعاتی موجب گردد (۴۸).

ترکیه: ترکیه با چالش‌های زیادی در تأمین منابع مالی، نظام بیمه‌ای، زیرساخت‌ها و بی‌عدالتی در ارائه خدمات سلامت روبرو بود. با روی کار آمدن دولت جدید ترکیه بخش سلامت این کشور برنامه‌ای جامع را برای اعمال تغییرات اساسی در این کشور در دستور کار قرار داد. برنامه تحول سلامت افزایش دسترسی به خدمات سلامت را از طریق حذف یکپارچگی در تامین منابع مالی و برنامه‌های بیمه‌ای، تغییر و بازتعریف مؤلفه‌های جدید رهبری، سیاست‌گذاری و حاکمیتی وزارت بهداشت و سازمان‌دهی مجدد ارائه خدمات سلامت مدنظر داشت. تجربه اصلاحات در کشور ترکیه موفقیت‌هایی را به همراه داشت. از آن جمله می‌توان به ارتقا پوشش جمعیتی به خدمات سلامت تا ۹۵٪ و بهبود برخی از مهم‌ترین پیامدهای سلامت اشاره کرد.

تعهد و ثبات سیاسی و اقتصادی و مدیریتی بخش سلامت، تدوین برنامه‌ای جامع برای تحول سلامت و انتخاب هدفمند و هوشمندانه مداخلات از مهم‌ترین دلایل موفقیت کشور ترکیه در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بوده است (۴۹).

در یک جمع‌بندی در سال ۲۰۱۴ بانک جهانی در یک پروژه تحقیقاتی مشترک، برنامه‌های مختلف ۱۱ کشور منتخب از کشورهای توسعه نیافته، در حال توسعه و توسعه یافته را در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت ارزیابی نمود. گروهی از این کشورها مانند بنگلادش و ایتوپیا در مرحله تدوین دستور کار ملی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت بودند، گروهی دیگر مانند غنا، اندونزی، پرو و ویتنام پیشرفت‌هایی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت داشتند اما همچنان با شکافهای زیادی در دستیابی به این هدف روبرو هستند، گروه سوم کشورهایی مانند برزیل، تایلند و ترکیه را در بر دارد که در پوشش همگانی سلامت موفق بوده‌اند ولی چالشهای نوظهوری در خصوص پایداری و استمرار آن دارند و بالاخره گروه چهارم کشورهایی مانند فرانسه و ژاپن هستند که کاملاً به اهداف و برنامه‌های پوشش همگانی سلامت منطبق شده‌اند ولی چالش‌هایی در تامین نیازهای مربوط به تغییرات اقتصادی و جمعیتی دارند. نتیجه تحلیل و ارزیابی برنامه‌های مختلف این کشورها در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در سدهای را برای سایر کشورها داشت که اهم آنها عبارتند از:

- وجود رهبری قوی و سازگار ملی و محلی و تعهد بلندمدت برای پایداری در دستیابی به پوشش همگانی سلامت
- سرمایه‌گذاری در خدمات اولیه سلامت جهت افزایش دسترسی و بهبود مدیریت منابع
- تدوین مکانیزم‌های قانونی برای بازتوزیع منابع و کاهش تفاوت‌ها
- سرمایه‌گذاری در برنامه‌های دولتی سلامت
- تولید منابع و مدیریت هزینه‌ها به موازات افزایش پوشش
- تعدیل منابع انسانی سلامت
- مشارکت همه ذینفعان و گروه‌های تأثیرگذار
- داشتن سیستم و نظام قوی پایش و نظارت دستیابی به پوشش همگانی سلامت (۵۰).

با توجه به مطالعات بازبانی شده بنظر می‌رسد اولاً به دلیل آشنا شدن وضعیت سیاست‌گذاری و ارزیابی آن و ثانیاً به دلیل عدم انجام مطالعه‌ای علمی و مبتنی بر ابزارهای علمی تحلیل سیاست‌گذاری، تحلیل سیاست تحول سلامت در بخش درمان به عنوان یکی از سیاست‌های طراحی شده جهت پوشش همگانی سلامت ضرورت داشت.

۴. اهداف مطالعه

هدف اصلی: تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور ایران

اهداف اختصاصی:

- ✓ تحلیل تأثیر زمینه اجتماعی-اقتصادی-سیاسی و فرهنگی کشور بر روند سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران
- ✓ تحلیل فرایند سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران
- ✓ تحلیل محتوای سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران
- ✓ تحلیل وضعیت شواهد برای سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران
- ✓ تحلیل جایگاه، نقش و ارتباطات ذینفعان کلیدی مرتبط با تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران
- ✓ تعیین تأثیر سیاست تحول سلامت در بخش درمان بر تحقق اهداف پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران

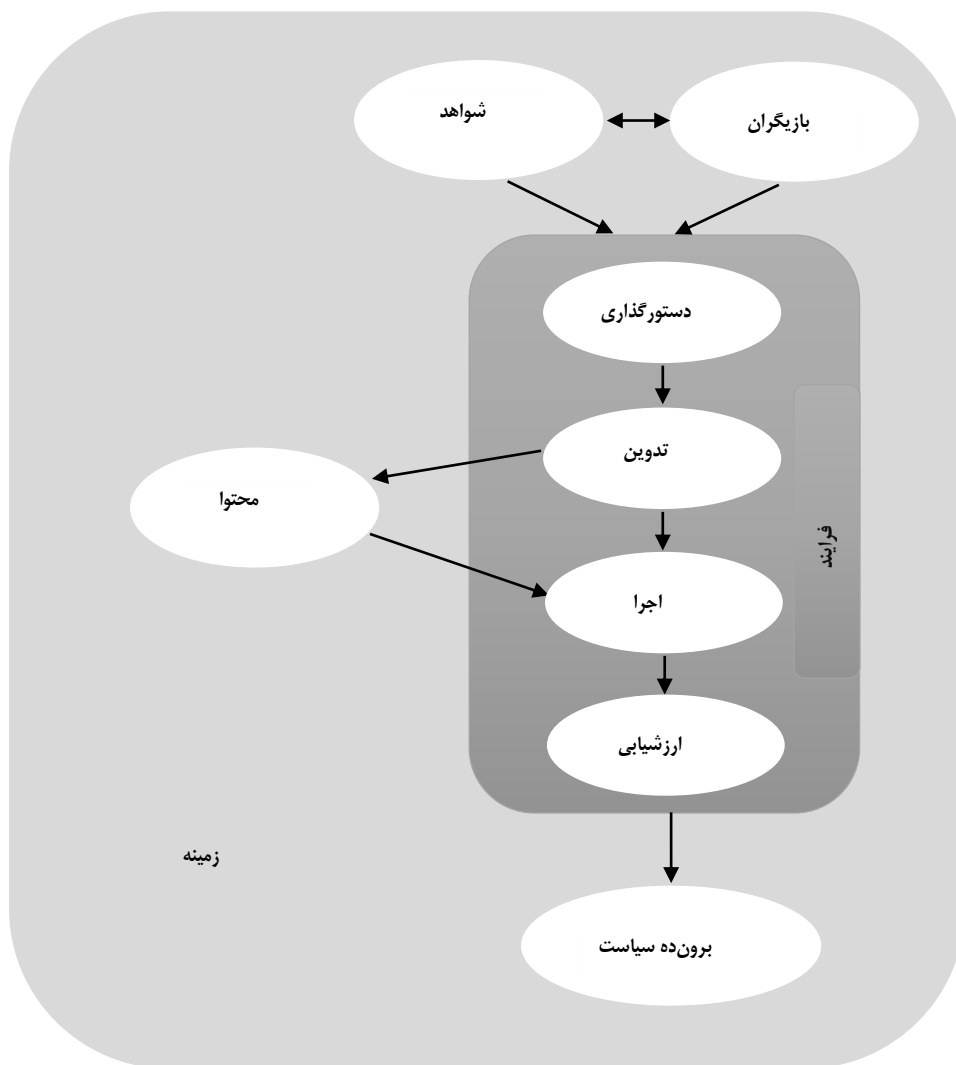
اهداف کاربردی:

- ✓ کمک به سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مسؤولین مربوطه در جهت آگاهی از وضعیت موجود و بهبود و ارتقای سیاست‌گذاری و تدوین برنامه-ها و اقدامات مناسب جهت تسریع در حل مشکلات درمان
- ✓ تدوین کاربردهای سیاستی مبتنی بر شواهد برای مخاطبان
- ✓ کمک به انجام بخشی از ارزیابی جامع طرح تحول سلامت در حوزه درمان و ارزیابی برنامه‌های اصلاحاتی کشور جهت دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت

۵. روش‌شناسی مطالعه

۵-۱- نوع مطالعه: مطالعه کیفی گذشته‌نگر حاضر، یک مطالعه توصیفی اکتشافی با رویکرد قیاسی بود و به صورت مطالعات سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست‌های سلامت انجام شد. در این مطالعه فرایند شکل‌گیری، تدوین، محتوا، اجرا و ارزیابی سیاست تحول سلامت در بخش درمان با رویکرد ترکیبی استقرایی و قیاسی تحلیل گشت. بدین ترتیب که با بهره‌گیری از چارچوب مفهومی از پیش طراحی شده برای طراحی و انجام مطالعه رویکرد قیاسی بکار برده شد و در طول مرحله تحلیل داده‌ها نیز بخش‌های چارچوب توسعه یافته و رویکرد استقرایی مورد استفاده قرار گرفت.

۵-۲- چارچوب مفهومی مطالعه: مدل‌های مفهومی و چارچوب‌های مختلفی جهت ساده‌سازی مطالعات سیاست‌گذاری و تحلیل سیاست وجود دارد و در مطالعات از آن‌ها استفاده می‌شود. این مدل‌ها می‌تواند درک ما را از سیاست‌ها و روند سیاست‌گذاری روشن‌تر و قابل‌فهم‌تر کنند، جنبه‌های مهم مشکلات و چالش‌های سیاست مورد نظر را مشخص کنند، با مشخص کردن اولویت‌ها و اهمیت آنها، تلاش‌های ما را برای درک بهتر فرایند سیاست‌گذاری هدایت نمایند و فرایند سیاست‌گذاری را به خوبی تبیین کرده و پیش‌بینی‌هایی درباره پیامدهای سیاست‌ها ارائه کنند. چارچوب مفهومی مورد استفاده در این مطالعه ترکیبی از چارچوب‌های مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون و گرین و همکاران بود که برای انجام تحلیل در برخی اجزای این چارچوب از چارچوب‌های جریان‌های چندگانه کینگدان استفاده شد (شکل ۱). در ادامه و برای آشنایی بیشتر به تشریح این چارچوب‌ها و کاربری آن‌ها در این مطالعه می‌پردازیم.



شکل ۱- چارچوب مفهومی تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون: یکی از پرکاربردترین مدل‌های تحلیل سیاست در بخش سلامت چارچوب مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون است. بر اساس این چارچوب، پژوهش سیاست‌گذاری سلامت تمرکز بر محتوای سیاست، ارتباطات نقش‌آفرینان، فرایند و زمینه سیاست می‌باشد. این مدل بر اساس یک چارچوب اقتصاد سیاسی شکل گرفته و نشان می‌دهد که چگونه این چهار عنصر در شکل دادن روند سیاست‌گذاری تعامل می‌کنند (۵۱). از آنجا که این چارچوب در اصل به صورت اختصاصی برای بخش سلامت ایجاد شده و از سوی دیگر به تناوب برای سیاست‌های مرتبط با سلامت و از جمله اصلاحات نظام سلامت به کار رفته و متداول‌ترین مدل سیاست‌گذاری در کشورهای در حال توسعه است، در این مطالعه برای تحلیل سیاست تحول سلامت در بخش درمان از آن استفاده شد. این چارچوب بیان می‌دارد که تمرکز پژوهش‌های سیاست‌گذاری سلامت بر چهار حوزه محتوا، زمینه، فرایند و نقش‌آفرینان می‌باشد.

چارچوب گرین و همکاران: گرین و همکاران چارچوب مثلث سیاست‌گذاری والت و گیلسون را بسط داده‌اند و برای رفع برخی محدودیت‌های آن (توجه به شواهد موردنیاز برای فرایند سیاست‌گذاری و ماهیت و طبیعت مشکل) و افزایش قابلیت پاسخگویی به نیازهای تحلیل سیاست‌گذاری تغییراتی در آن ایجاد کرده‌اند. این چارچوب در اصل چهار عنصر و ارتباطات داخلی آنها را در بر می‌گیرد. این چهار عنصر عبارتند از: سیاست چگونه تدوین می‌شود (فرایند) که خود سه مرحله دستورگذاری، تدوین و اجرا را در بر دارد، چه کسانی در تدوین و شکل‌گیری سیاست نقش دارند (ذینفعان و نقش‌آفرینان)، چه مسایل عمومی و زمینه‌ای بر سیاست‌های سلامت تاثیر می‌گذارند (زمینه) و پیامد سیاست چیست؟ (۵۲). در این مطالعه برای بررسی فرایند سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان، نقش‌آفرینان، شواهد استفاده شده، ماهیت مشکل (تحول بخش درمان)، زمینه و بافت تاثیرگذار بر روند سیاست‌گذاری این پدیده و نهایتاً پیامدهای سیاست‌های به کار گرفته شده به ویژه در راستای تحقق هدف پوشش همگانی خدمات سلامت، از مدل گرین و همکاران استفاده شد.

چارچوب جریان‌های چندگانه کینگدان: کینگدان معتقد بود انتخاب‌ها با استفاده از عقلانیت کامل (رفتار رضایت‌بخش)، ترجیحات ناقص (ترجیحاتی که نمی‌توانند در ترتیب مشخصی قرار بگیرند) و مشارکت سیال (مشارکتی بدون ساختار و سلسله مراتب) صورت می‌گیرد. وی برای تنظیم فرایند دستورکار در سیاست‌گذاری چارچوبی را ارائه نمود که نحوه شکل‌گیری سیاست‌ها بوسیله دولت‌ها را تحت شرایط ابهام تبیین می‌کند. در این چارچوب، فرایند دستورکار سیاست‌گذاری ۵ جزء را شامل می‌گردد: جریان مسائل (مشکلات مختلفی که شهروندان و نهادهای مختلف جامعه می‌خواهند به آن پرداخته شود و معمولاً سیاست‌گذاران از طریق نشانگرها، رویدادهای برجسته و بازخور دریافت می‌کنند)، جریان سیاست (مجموعه‌ای از ایده‌ها که برای پذیرفته شدن در شبکه سیاست‌گذاری با هم رقابت می‌کنند)، جریان سیاسی (مشمول بر مشرب ملی، مبارزات گروه فشار و جایجایی‌های مدیریتی و قانون‌گذاران)، پنجره‌های سیاست (گره‌خوردن سه جریان پیشگفت در لخطات خاصی از زمان که فرصت‌های زودگذری برای حامیان پیشنهادها جهت تحمیل راه‌حل‌های کلیدی خود باز می‌کند) و کارآفرینان سیاست (کسانی که سیاست‌ها را مطرح نموده و برای تصویب آن‌ها تلاش می‌کنند) (۵۳). در این مطالعه، برای تبیین فرایند دستور کار سیاست تحول سلامت در بخش درمان کشور از چارچوب کینگدان استفاده شد.

۳-۵- محیط انجام پژوهش: مطالعه در سطح ملی در محیط و زمینه کشور ایران و صرفاً در خصوص طرح تحول سلامت در حوزه درمان که از

۱۳۹۳/۲/۱۵ در کشور اجرایی شده است، صورت پذیرفت.

۴-۵- جامعه پژوهش: همه افراد مطلع، سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان و ذینفعان مختلف تحول سلامت در بخش درمان، جامعه مورد مطالعه را

تشکیل می‌دهند. این افراد از سازمان‌های مختلفی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نظام پزشکی و پرستاری جمهوری اسلامی ایران، بیمه‌های سلامت و شورا عالی بیمه سلامت، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت راهبردی ریاست جمهوری، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و دانشگاه‌های علوم پزشکی انتخاب شدند. همچنین همه اسناد سیاستی مربوط به تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران بخش دیگری از منبع داده‌های مورد نیاز این مطالعه بود.

۵-۵- نمونه مورد مطالعه: در خصوص افراد مطلع، با توجه به توصیه تنوع در انتخاب نمونه و هدف مطالعه که بررسی عمیق سیاست بوده و

تعمیم‌پذیری در آن چندان مهم نبود، شرکت‌کنندگان، از میان افرادی که درگیر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در بخش درمان بودند و تجربیات و دیدگاه‌های خاصی درباره آن داشتند، در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی، انتخاب شدند. معیارهای ورود مشارکت‌کنندگان، برخورداری از آگاهی و تجربه، مشارکت در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت و اعلام رضایت برای شرکت در مطالعه بود. انتخاب مشارکت‌کنندگان به صورت هدفدار با حداکثر تنوع و گلوله برفی و تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام گرفت و شامل نمایندگان مجلس شورای اسلامی، معاونین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مشاورین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مدیران کل و صاحب‌منصبان حوزه‌های معاونتی وزارت بهداشت، مدیران و صاحب‌منصبان وزارت تعاون، رفاه و امور اجتماعی و سازمان‌های بیمه سلامت ایرانیان، تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی^(ه)، نیروهای مسلح، نظام پزشکی، نظام پرستاری و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، روسای و معاونین دانشگاه‌های علوم پزشکی و پژوهشگران و فعالان عرصه سلامت بودند. حجم واقعی نمونه برای انجام مصاحبه‌ها، با در نظر داشتن عدم محدودیت در تعداد آن و این قاعده که حجم نمونه در مطالعات کیفی معیار دقیقی ندارد و با توجه به گستره مطالعه، در حین کار مشخص شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داشت. تعداد مشارکت‌کنندگان در مطالعه در نهایت ۳۸ نفر بود که مشخصات آن‌ها در جدول ۱ آمده است. در خصوص اسناد سیاستی نیز، نمونه‌گیری انجام نگرفت و همه اسناد معتبر تحلیل و واکاوی شدند. مستندات سیاستی مربوط به طرح تحول سلامت در حوزه درمان شامل اسناد بالادستی، صورت‌جلسات، قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، مصوبات، برنامه‌ها، گزارش‌ها، مقالات، اخبار، نشست‌ها و سخنرانی‌ها بود که از طریق مرور منابع، مطالعات و گزارش‌های منتشر شده داخلی و مصاحبه با افراد مطلع کلیدی شناسایی شدند. این اسناد با مراجعه به مراکز، نهادها و سازمان‌های مربوطه جمع‌آوری و پس از ارزیابی اعتبار، داده‌های مربوطه استخراج شد (جدول ۲).

جدول ۱- مشخصات مشارکت کنندگان مطالعه

ردیف	محل انتخاب نمونه	تعداد	ردیف	محل انتخاب نمونه	تعداد
۱	نماینده مجلس شورای اسلامی	۳	۸	مسئول کمیته امداد امام خمینی	۱
۲	معاون وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی	۱	۹	مسئول بیمه‌های نیروهای مسلح	۱
۳	مشاور وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی	۳	۱۰	مسئول نظام پزشکی	۲
۴	مدیر کل و صاحب‌منصب حوزه‌های معاونتی وزارت بهداشت	۱۲	۱۱	مسئول نظام پرستاری	۱
۵	مدیر و صاحب منصب وزارت تعاون، رفاه و امور اجتماعی	۲	۱۲	مدیر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	۲
۶	مسئول سازمان بیمه سلامت ایرانیان	۲	۱۳	رئیس و معاون دانشگاه‌های علوم پزشکی	۴
۷	مسئول سازمان تأمین اجتماعی	۲	۱۴	پژوهشگر و فعال عرصه سلامت	۲

جدول ۲- مشخصات مستندات مورد مطالعه

ردیف	نوع مستند	تعداد
۱	قوانین، مقررات و مصوبات	۱۱
۲	دستورالعمل‌ها، برنامه‌های پیشنهادی و لوایح	۵
۳	متون منتشره در جراید و وبسایت‌ها	۴۳
۴	گزارش‌ها	۱۳
۵	متون علمی	۸

۵-۶- روش جمع‌آوری داده‌ها: داده‌ها در این مطالعه با کمک دو روش جمع‌آوری می‌شود. با توجه به اینکه در این مطالعه تلاش شد تحلیل عمیقی از سیاست تحول سلامت در بخش درمان از دیدگاه ذینفعان موضوع انجام گیرد، از روش مصاحبه چهره‌به‌چهره نیمه‌ساختاریافته فردی و در برخی موارد عمیق استفاده گردید. این روش به سبب آن که رایج‌ترین شیوه جمع‌آوری داده‌ها در مطالعات کیفی است و کاربرد آن در پژوهش‌های نظام‌های سلامت نیز متداول می‌باشد، برگزیده شد. مصاحبه‌ها به صورت غیررسمی و با پرهیز از هرگونه نظر درباره درست یا غلط بودن پاسخ‌ها با استفاده از راهنمای مصاحبه انجام گرفت. زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها با توجه به نظر مشارکت‌کنندگان و هماهنگی‌های قبلی، در دفاتر کاری آنها و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، تعیین شد. میانگین مدت زمان مصاحبه‌ها ۵۵ دقیقه بود. بعد از هماهنگی اولیه، فرم مطلع‌سازی مشارکت‌کنندگان با مراجعه حضوری، دورنما و یا پست الکترونیکی در اختیار افراد قرار گرفت (پیوست ۱). این امر به آماده‌سازی مشارکت‌کنندگان برای شرکت در مصاحبه کمک نمود. علاوه بر این فرم، در زمان مصاحبه و در ابتدای آن، مصاحبه‌گر توضیحاتی کلی در مورد مطالعه و اهداف آن و نیز تمهیداتی که برای محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها در نظر گرفته شده، به صورت شفاهی ارائه داد. در صورت موافقت و قبل از آغاز مصاحبه، فرم رضایت‌نامه کتبی انجام مصاحبه به امضای همه‌ی مشارکت‌کنندگان رسید (پیوست ۲) و این اطمینان داده شد که افراد در هر مرحله از مطالعه می‌توانند از ادامه شرکت، خودداری نمایند. مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان توسط یک دستگاه ضبط صوت دیجیتالی ضبط شد. علاوه بر این از روش یادداشت‌برداری نیز استفاده گردید. در انتهای

مصاحبه، نحوه تماس با مشارکت‌کننده مشخص گردید تا در صورت نیاز امکان برقراری ارتباط‌های بعدی نیز فراهم گردد. پس از پایان هر مصاحبه و گوش دادن به متن مصاحبه، عمل پیاده‌سازی مصاحبه‌ی ضبط شده انجام و مصاحبه کلمه به کلمه به صورت متنی نوشته شد. همچنین از روش تحلیل مستندات^۱ برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. مستندات سیاستی مربوط به تحول سلامت در بخش درمان شناسایی و جمع-آوری شدند و پس از ارزیابی اعتبار، داده‌های مربوطه با توجه به چک‌لیست‌های طراحی شده (پیوست ۳)، استخراج شد.

۵-۷- ابزار جمع‌آوری داده‌ها

۱- راهنمای مصاحبه: در این مطالعه راهنمای مصاحبه، با توجه به اهداف و چارچوب مفهومی مطالعه و مرور مطالعات به صورت نیمه‌ساختاریافته با کم‌ترین سؤال ممکن تهیه و تدوین شد. نواقص احتمالی این راهنما با استفاده از نظرات و راهنمایی‌های افراد مطلع، رفع گردید. در این راهنما تلاش شد سؤالات به گونه‌ای باشد که بتوان با محوریت قرار دادن آن‌ها در مصاحبه‌ها، داده‌های موردنظر را درباره سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در بخش درمان کشور، در چارچوب‌های مفهومی مطالعه، به دست آورد. عملی بودن و قابل فهم بودن سؤالات این راهنما با انجام دو مصاحبه مقدماتی آزمون و اصلاحات لازم اعمال شد (پیوست ۴).

۲- چک‌لیست تحلیل و استخراج داده‌های مستندات سیاستی: به منظور حفظ یکپارچگی، کاهش سوگیری و افزایش پایایی و روایی تحلیل مستندات، از چک‌لیست تحلیل و استخراج داده‌ها استفاده شد.

۵-۸- روش تحلیل داده‌ها: با توجه به اینکه مطالعه براساس چارچوب مفهومی بنا شده بود، روش تحلیل چارچوبی برای تحلیل داده‌ها انتخاب گردید. این رویکرد که در حوزه سلامت و پژوهش‌های مربوط به سیاست‌گذاری و خدمات سلامت عمومیت دارد، مشتمل بر ۵ مرحله آشناسازی^۲، تعیین یک چارچوب موضوعی^۳، نمایه‌سازی^۴، نمودارسازی^۵ و انگاره‌نگاری و تفسیر^۶ می‌باشد. در مرحله آشناسازی، مقدمات آشنایی بیشتر و غوطه‌ور شدن در داده‌ها، با گوش دادن به مصاحبه‌های ضبط شده و خواندن متون و یادداشت‌ها و مستندات سیاستی فراهم شد و موضوعات کلیدی فهرست گردید. در مرحله دوم، یک چارچوب موضوعی از موضوعات کلیدی تهیه گشت که از این چارچوب در مرحله نمایه‌سازی، برای ساختاردهی همه داده‌ها استفاده شد. در مرحله ترسیم نمودار، برای هر موضوع یک جدول تهیه شد که در آن ردیف‌ها به مشارکت‌کنندگان و ستون‌ها به زیرموضوعات اختصاص یافت. داده‌ها

¹ Document analysis

² Familiarization

³ Identifying a thematic framework

⁴ Indexing

⁵ Charting

⁶ Mapping and Interpretation

به جداول منتقل شدند. به موازات پیشرفت تحلیل، تحلیل موضوعی بازنگری شد. در پایان ۵ مرحله تحلیل چارچوبی، با تحلیل ساختار داده‌های مصاحبه، تم‌ها و زیرتم‌ها شناسایی و استخراج شدند. با استفاده از روش مذکور این امکان فراهم آمد که از هر دو رویکرد استقرایی و استنتاجی برای تحلیل داده‌های کیفی استفاده شود. به منظور تسهیل در کدگذاری و شناسایی تم‌ها و زیرتم‌ها از نرم‌افزار MAXQDA کمک گرفته شد.

اشتغال ذهنی پژوهشگران با مطالعه، انتخاب شرکت‌کنندگان مجرب و متخصص و استفاده از تلفیق در گردآوری داده‌ها برای افزایش اعتبار مطالعه، تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و جستجوی موارد متضاد و منفی و بررسی عمیق دلایل آن جهت افزایش قابلیت تأییدپذیری، کمک گرفتن از نظرات تکمیلی تیم مطالعاتی، استفاده از بازنگری همکاران و صاحب‌نظران و برگرداندن برخی از نتایج به مشارکت‌کنندگان و اخذ تأیید آن‌ها جهت افزایش قابلیت ثبات و اعتماد و در نهایت انتخاب نمونه‌های مناسب، انجام همزمان جمع‌آوری و تحلیل و دستیابی به منابع غنی داده‌ها جهت افزایش انتقال‌پذیری مطالعه از مواردی بود که به منظور افزایش اعتبار و کیفیت نتایج مطالعه موردتوجه قرار گرفت.

۹-۵- ملاحظات اخلاقی: کسب مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق پژوهش برای انجام مطالعه، اخذ و ارائه معرفی‌نامه پژوهشی به مشارکت‌کنندگان مطالعه جهت معرفی تیم پژوهشی، جلب همکاری معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت دسترسی به داده‌ها و انتشار نتایج، حفظ احترام و رعایت حقوق و کسب اعتماد مشارکت‌کنندگان در مطالعه، توجیه مشارکت‌کنندگان در مورد اهداف و کلیات پژوهش، گرفتن رضایت‌نامه از مشارکت‌کنندگان و رعایت اصل حفظ محرمانگی در بیان نتایج و یافته‌های پژوهش از ملاحظات اخلاقی مطالعه بود.

۱۰-۵- محدودیت‌های اجرایی مطالعه و روش کاهش آنها: محدودیت اول مربوط به دشواری در بازیابی مطالعات مشابه داخلی و خارجی بود که با توجه به جدید بودن اجرای برنامه در کشور و نیز اختصاصی بودن برنامه‌های تحول در کشورهای مختلف ایجاد شد. برای حل این محدودیت سعی شد با استفاده از یک روش جستجوی جامع و تماس با افراد مرتبط این مطالعات بازیابی شوند. محدودیت دوم مربوط به دسترسی به برخی اسناد مربوط به تحول سلامت در بخش درمان به ویژه اسناد موجود در سایر سازمان‌ها بود که جنبه محرمانه داشت و به دلیل تداوم اجرای برنامه در اختیار پژوهشگران قرار داده نمی‌شد که برای حل این موضوع نیز تلاش شد اعتماد افراد جلب و با هماهنگی آن‌ها موارد تحلیل داده‌ها و استخراج یافته‌ها انجام پذیرد. محدودیت سوم به تعیین وقت و هماهنگی با افراد کلیدی که معمولاً از افراد کلیدی و سیاست‌گذار در سطح کلان بودند مربوط می‌شد که سعی گردید همکاری معاونت درمان وزارت بهداشت و نیز پیگیری پژوهشگران برای انجام مصاحبه‌ها این محدودیت کاهش یابد.

۶. یافته‌ها

با توجه به چارچوب مفهومی مطالعه و تحلیل داده‌ها، ضمن مروری بر تاریخچه سیاست‌های کلان حوزه درمان کشور، یافته‌های مربوط به تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، به تفکیک هر یک از اجزای چارچوب در ادامه بیان می‌شود.

۶-۱- مروری بر تاریخچه سیاست‌های کلان حوزه درمان کشور

ضرورت تأمین و ارتقا سلامت و نیز حرمت و ارزش جان و سلامت انسان، تأمین سلامتی را به‌عنوان یک حق و درخواست اجتماعی، در مجموعه وظایف دولت‌ها و تعهدات بین‌المللی آن‌ها قرار داد. در ایران نیز پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، به تأسی از آموزه‌های دینی که برای سلامت انسان‌ها ارزش بسیار قائل شده (۵۴)، حق برخورداری از مراقبت‌های سلامت برای تمامی شهروندان همراه با توزیع عادلانه خدمات سلامت، در قانون اساسی کشور و سایر قوانین بالادستی تبلور یافت و تأمین و احقاق آن برای ملت ایران در حوزه مسئولیت و تولید دولت جمهوری اسلامی قرار گرفت (۵۵-۶۰) در راستای تحقق این مسؤولیت، دولت سیاست‌های مختلف و اصلاحات زیادی را متناسب با شرایط و امکانات موجود خود و با هدف کلی پاسخگویی به نیازهای جامعه و ارتقا و بهبود نظام ارائه خدمات سلامت در حوزه‌های بهداشت، درمان و دارو و تجهیزات طراحی و اجرا نمود که در این قسمت مروری کوتاه بر اهم این اصلاحات در حوزه درمان پس از پیروزی انقلاب خواهیم داشت.

در سال‌های اولیه پس از انقلاب و اندکی بعد از تشکیل وزارت بهداشت (فاصله سال‌های ۶۶-۱۳۶۱)، مهم‌ترین اقدامات کشور برای تأمین سلامت برای همه، برقراری نظام شبکه بهداشتی و درمانی بود که ارائه خدمات را با پیاده‌سازی نظام ارجاع در سه سطح موردتوجه قرار داده بود (۶۱). شواهد نشان می‌دهد اجرای این طرح بهبود چشمگیری در وضعیت نشانگرهای سلامتی کشور، به ویژه در بخش بهداشت، را موجب شد، ولی در عمل نتوانست موفقیت چندانی در نظام ارجاع بیمارستانی به دست آورد (۶۲، ۶۳). به استثنای این سیاست هماهنگ در کشور، آنچه از مرور مستندات تحولات حوزه درمان به دست می‌آید نشان می‌دهد دیگر سیاست‌های حوزه درمان در آن دوره بیشتر به تأمین سطح حداقلی از خدمات درمانی استاندارد موردنیاز افراد جامعه متمرکز بوده و تلاش متولیان سلامت کشور بر آن بوده تا با فراهم آوردن خدمات نسبتاً رایگان در مراکز کلینیکی و بیمارستانی دولتی برای جمعیت محروم و کم‌درآمد جامعه به این هدف دست یابند. اما وجود عوامل بازدارنده‌ای مانند کمبود امکانات درمانی، کمبود منابع انسانی سلامت و به-ویژه پزشکان شاغل در بخش دولتی و کمبود اعتبارات سلامت، دستیابی به تحقق کامل این هدف را متأثر ساخت (۱۰).

یکی از سیاست‌های این دوره اعمال طرح کارانه مراکز درمانی دولتی بود که با انجام پرداختی به پزشکان و پیراپزشکان شاغل در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های دولتی به ازای خدمات ارائه شده سعی داشت کارایی پایین این مراکز را جبران نماید. اجرای این سیاست نیز در آن دوره نتوانست تأثیر چندانی در افزایش کارایی مراکز پیشگفت ایجاد کند (۵۴، ۱۰). سیاست مهم دیگر این دوره در سال ۱۳۶۵، تأسیس کلینیک‌های ویژه در مراکز آموزشی درمانی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بود که با هدف ایجاد انگیزه بیشتر برای گروه‌های پزشکی شاغل در بخش دولتی به‌عوض اشتغال در بخش غیردولتی و مطب‌های خصوصی در دستور کار قرار گرفت. اجرای این سیاست، موفقیت نسبی در دستیابی به هدف را به‌همراه داشت، ولی نتوانست پاسخگوی کامل کمبودهای ارائه خدمات درمانی در مراکز دولتی در سطح موردانتظار جامعه باشد (۱۰). سیاست دیگر که بیشتر جهت کنترل هزینه‌های بهداشتی و درمانی و افزایش میزان رضایت گیرندگان خدمات سلامت اجرا شد، برقراری تعرفه‌های درمانی و قانون‌گذاری در زمینه تعیین قیمت خدمات درمانی ارائه شده بود. تعیین تعرفه‌ها که قبلاً به صورت آزمایشی در سال ۱۳۵۱ انجام گرفته بود، در سال ۱۳۶۲ به صورت همگانی و با مبنا قرار دادن اولین ویرایش کتاب کالیفرنیا (سال ۱۹۸۳) جهت محاسبه حق‌الزحمه پزشکان اجرایی شد. مهم‌ترین نقیصه این کتاب عدم

توجه کامل به ارزش‌های نسبی خدمات سلامت بود که همین امر مشکلاتی را برای نظام ارائه خدمات درمانی کشور به همراه داشت و برای سالیان متوالی موضوع تعیین دقیق تعرفه‌های درمانی را به یکی از اولویت‌های اصلی نظام سلامت تبدیل نمود (۱۰، ۶۴).

در سال ۱۳۶۴ مهم‌ترین اقدام اصلاحی دولت ایران جهت ارائه بهتر و بیشتر خدمات سلامت با انتزاع دانشکده‌های پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی، ادغام شبکه‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در دانشکده‌های پزشکی، تلفیق نظام آموزشی و خدمات بهداشتی درمانی و بالاخره تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی رقم خورد (۶۵). این اقدام که به عنوان یک اصلاح ساختاری، با هدف امکان تربیت نیروهای پزشکی و پیراپزشکی جامعه‌نگر انجام شد، دستاوردهای مهمی را در راستای شکل‌دهی نظام نوین سلامت و توسعه خدمات سلامت در کشور به همراه داشت (۶۶-۷۲). تصویب قانون تشکیل هیأت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی در سال ۱۳۶۷ (۷۳) و سپس انحلال سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و ادغام در دانشکده‌های پزشکی و تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در هر استان در سال ۱۳۷۲ از دیگر برنامه‌های اصلاحی بود که با اعمال تغییراتی در ساختار ارائه خدمات، دستیابی سریعتر به هدف تامین سلامت برای همه را دنبال می‌کرد. با اعمال این سه سیاست، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی دو رسالت اصلی ارائه خدمات سلامت و آموزش عالی (در بخش پزشکی و پیراپزشکی) را در دو سطح ملی و استانی عهده‌دار شدند (۷۴).

در سال ۱۳۷۰، به دنبال وضعیت نامطلوب حاکم بر بیمارستان‌های کشور، افزایش تورم و نیز عدم توفیق کامل در اجرای سیاست مشابه قبلی، قانونی به تصویب رسید که براساس آن به وزارت بهداشت اجازه داده شد با تأیید سازمان برنامه و بودجه وقت براساس تعرفه‌های دولتی در بیمارستان‌ها و واحدهای درمانی غیردولتی که آمادگی لازم را دارا می‌باشند، به طور شبانه‌روزی استفاده کند (۷۴). به این ترتیب دولت مصوبه‌ای مبنی بر سهیم نمودن دریافتی کارکنان وزارت بهداشت در درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها صادر کرد (۵۴). دستورالعمل این مصوبه (دستورالعمل نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها) با سه هدف افزایش انگیزه فعالیت پزشکان و کادر درمانی، توانمندی مالی بیمارستان‌ها و اختیارات بیمارستان‌ها تدوین، ابلاغ و در سال‌های بعدی بازنگری شد (۷۶). اجرای سیاست نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها به گواه شواهد موجود نتایج چشمگیری را همراه نداشت (۷۵، ۷۶).

در سال ۱۳۷۳ یکی از مهم‌ترین سیاست‌های اصلاحی کشور در حوزه ارائه خدمات درمانی با تصویب و اجرای قانون بیمه همگانی کشور و به دنبال آن تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی و شورایی بیمه درمان در سال ۱۳۷۴ عملیاتی شد. براساس قانون بیمه همگانی هر فرد شاغل و صاحب درآمد باید درصد مشخصی از درآمدش را به‌عنوان حق بیمه درمان به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت کند (۵۴). بدین ترتیب با تصویب این قانون مسؤلیت تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان، خویش‌فرمایان و سایر گروه‌های اجتماعی فاقد پوشش بیمه برعهده سازمان بیمه خدمات درمانی گذاشته شد و بیمه خدمات درمانی کارگران مشمول قانون تأمین اجتماعی به روال قبلی ادامه یافت (۱۰). اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور با وجود همه دشواری‌های اجرایی و انتقاداتی که بر آن وارد شد، آثار و نتایج مثبت و غیرقابل انکاری برای نظام سلامت کشور داشت و با توجه به اینکه برخی ایرادهای قانون قابل اعتنا بود، در سال‌های پس از تصویب اصلاحاتی در جهت حمایت بیشتر از این قانون انجام گرفت (۵۴، ۱۰).

یکی از مواد چالش برانگیز لایحه بیمه خدمات درمانی، موضوع خودگردانی امور بیمارستان‌ها بود که طی آن بیمارستان‌ها مجوز هزینه‌کرد درآمد اختصاصی خود در امور جاری را دریافت نمودند. اجرای این برنامه (بدون اعلام رسمی) از سال ۱۳۷۴ آغاز شد و به دنبال آن عملاً درمان رایگان از عرصه خدمات اجتماعی رخت برپست، مشکلاتی در مسیر اجرای قانون بیمه همگانی به وجود آمد و تلاش‌هایی در راستای حذف خودگردانی بیمارستان‌ها رقم خورد (۳۷). تصویب قانون بیمه همگانی همزمان با تغییر در شیوه اداره اقتصادی بیمارستان‌ها و تخصیص بودجه بهداشت و درمان به صورت تعیین بودجه موسسات درمانی براساس میزان خدمات ارائه شده توسط هر واحد درمانی بود. در این روش بودجه‌های جاری ردیف ۳۰۳۰۳ تقریباً صفر شد و حقوق کارکنان بیمارستان‌ها وابسته به درآمد اختصاصی آنها شد. از مفروضات مهم این روش واقعی شدن تعرفه‌های خدمات درمانی و هزینه سرانه بیمه خدمات درمانی بود تا با افزایش درآمدها زمینه اداره اقتصادی واحدهای درمانی فراهم آید (۱۰). این قانون یکسال بعد به دلیل فقدان بستر مناسب اجرایی تغییر کرد و در کنار تلاش‌های حذف سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها، منجر به تصویب ماده واحده قانون پرداخت هزینه‌های پرسنلی کارکنان برنامه ۳۰۳۰۳ (خدمات درمانی) از محل اعتبارات جاری (بودجه عمومی) در سال ۱۳۷۵ شد (۵۴، ۱۰).

در سال ۱۳۷۸، با پیگیری‌های به عمل آمده و با درک اهمیت نقش ارائه خدمات تشخیصی-درمانی مطلوب در تحقق عدالت اجتماعی، فراهم آوردن دسترسی به موقع مردم به این خدمات و ارتقای بهره‌وری منابع در ادامه طرح شبکه بهداشتی درمانی کشور، طرحی با عنوان نظام خدمات درمان بستری و تخصصی کشور در قالب سطح بندی خدمات درمان بستری و تخصصی کشور به تصویب رسید (ماده ۱۹۳ برنامه سوم توسعه و ماده ۸۹ برنامه چهارم توسعه) که بر اساس این طرح، برای پنج سال آینده هر شهرستان برنامه‌ای مشخص و مدون برای تعیین تعداد بیمارستان و تخت بیمارستانی، تجهیزات تشخیصی و درمانی، منابع انسانی و تخصص‌های مورد نیاز وجود داشت. اجرای این سیاست گسترش قابل قبولی را در حیطه خدمات تشخیصی و درمانی به همراه داشت (۷۷). در همین سال قانونی دیگر با نام قانون هیأت امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران به تصویب می‌رسد که یکی از اقدامات مهم پس از انقلاب در بخش سلامت کشور بود و اهتمام دولت را برای ارتقا تخصص‌های پزشکی و جلوگیری از اعزام بیماران به خارج از کشور نشان می‌داد. با اجرای این قانون خوشبختانه انجام بسیاری از اعمال جراحی تخصصی خصوصاً پیوند اعضا در داخل کشور امکان‌پذیر گردید (۵۴).

در سال ۱۳۸۰، بهینه‌سازی اورژانس بیمارستانی در بخش درمان کشور مورد توجه خاص قرار گرفت و تقویت این بخش استراتژیک بیمارستان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات درمانی با تصویب و اجرای طرح بهینه‌سازی بخش اورژانس بیمارستان‌های کشور عملیاتی شد (۷۷). هدف از اجرای این طرح اعاده سلامت به بیماران بخش اورژانس با بهترین کیفیت و در کوتاه‌ترین زمان و افزایش رضایت‌مندی آنان عنوان شده بود. خوشبختانه با اجرای این طرح توفیقاتی در ارائه خدمات اورژانس کشور به وقوع پیوست و نظام ارائه خدمات اورژانسی در سال‌های بعد با تشکیل ستادهای هدایت، اطلاع‌رسانی و رسیدگی به امور درمان، فعال شدن سیستم تریاژ، تقویت مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی و نیز اجرای طرح درمان رایگان، فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی ارتقا یافت (۷۷، ۵۴).

در سال ۱۳۸۳، اصلاح نظام مدیریتی بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور با آغاز طرح جامع اصلاح ساختار مدیریتی و اقتصادی بیمارستان‌های کشور در دستور کار قرار گرفت. این تغییر، تلاش داشت عوارض ناشی از اجرای سیاست خودگردانی مالی بیمارستان‌ها را مرتفع و ضمن افزایش رضایت‌مندی مراجعین، موجبات افزایش کارایی و کیفیت خدمات را فراهم آورد. این طرح که با نام طرح هیأت امنایی کردن بیمارستان‌های منتخب

کشور شهرت یافت، الگویی نوین از مدیریت بیمارستانی را با بکارگیری استراتژی‌های مدیریت عملکرد کارکنان، بودجه‌ریزی عملیاتی، کاهش تصدی خدمات، مدیریت نگهداشت، استقرار نظام جامع اطلاعات و ارتباطات بهداشتی و نظام جامع مدیریت بیمارستان اجرا نمود (۷۸، ۷۹). شواهد و قرائن نشان می‌دهد این سیاست نیز با وجود امیدهایی برای اجرای موفق و به همراه داشتن دستاوردهای محدودی برای نظام سلامت، متأسفانه نتوانست در عمل به صورت موفق و کارا اجرایی شود (۸۰-۸۲).

از دیگر سیاست‌های مهمی که در سال ۱۳۸۳ تصویب و سال بعد آن اجرایی شد، طرح پزشک خانواده و استقرار نظام ارجاع و بیمه خدمات درمانی روستایی بود که بمنظور بهره‌مندی عادلانه جامعه از خدمات و مراقبت‌های سلامت با کیفیت، ایمن، اثربخش، کارا، به موقع، به دور از اسراف و تبذیر و هزینه اثربخش و جامعه‌محور صورت گرفت (۸۳، ۸۴). در طرح بیمه خدمات درمانی روستایی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی موظف شدند اقشار نیازمند فاقد دفترچه بیمه که از طریق سیستم ارجاع و با محوریت پزشک خانواده برای دریافت خدمت مراجعه می‌کنند را به شکل کاملاً رایگان در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت بیمه نماید (۱۰، ۸۵). طرح پزشک خانواده نیز، که در روستاها در سال ۱۳۸۴ و در شهرها در سال ۱۳۹۰ اجرایی شد، سعی داشت از مسیر نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی، افزایش پوشش و دسترسی به خدمات به ویژه در اقشار فقیر جامعه و کاهش هزینه‌های غیرضروری بازار سلامت را محقق سازد (۸۵). اجرای این سیاست‌ها نیز مشابه موارد قبل با چالش‌های زیادی همراه بود و به همین دلیل علیرغم حصول برخی دستاوردها، نتوانست به همه اهداف تعیین شده برسد (۸۳، ۸۴، ۸۶-۸۸).

تصویب ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی از دیگر برنامه‌های اصلاحاتی کشور در سال ۱۳۸۳ بود که با تصویب و اجرای آن کلیه وظایف تأمین اجتماعی (بیمه‌ای و حمایتی) از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منفک و به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی داده شد. سازمان‌های بهزیستی، خدمات درمانی و تأمین اجتماعی نیز از وزارت بهداشت به وزارت جدیدالتأسیس منتقل شدند. در این قانون اگرچه با به صراحت آمده که خطمشی مصوب وزارت بهداشت در امر بهداشت و درمان و نظام ارجاع بر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سایر دستگاه‌ها لازم‌الاجراء است، اما در عمل تولید سلامت را از حالت یکپارچگی خارج نمود و همین امر ضرورت بازنگری و اصلاح در این قانون را می‌رساند (۵۴). شایان ذکر است در سال ۱۳۹۰ با ادغام سه وزارتخانه رفاه و تأمین اجتماعی، تعاون و کار و امور اجتماعی و تشکیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی همه وظایف اجتماعی پیشگفت به این وزارت منتقل شد. در سال ۱۳۸۸ به دنبال تصویب قانون ارتقا بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت، تغییری دیگر در حوزه درمان کشور اتفاق می‌افتد و براساس آن، مزایایی به کارکنان نظام سلامت به ویژه پرستاران تعلق می‌یابد. شواهد نشان می‌دهد اجرای این سیاست البته مشکلاتی برای تأمین بار مالی و جایگزینی نیروی انسانی برای دانشگاه‌ها ایجاد نمود و نیاز به اتخاذ تدابیری برای رفع آنها را ضروری ساخت (۵۴، ۸۹).

سال ۱۳۹۱ یکی دیگر از اصلاحات کلان نظام رفاه اجتماعی کشور با تصویب برنامه پنجم توسعه و تأکید بر تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر کشور رخ داد و سازمان بیمه سلامت ایران‌بان شکل گرفت (۹۰) تا خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارایه شود و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت‌محوری، ارتقا سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع همپوشانی بیمه‌ای و بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم آید. به دنبال تشکیل این سازمان، نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به

شورای عالی بیمه سلامت تغییر و اصلاحاتی در وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های آن اعمال گردید. اجرای این سیاست دستاوردهای خوبی را در مجموع برای کشور داشت، اما تحقق کامل اهداف آن با موانعی روبرو بود که تلاش جدی برای برون‌رفت از موانع را طلب می‌نماید (۵۴).

مرور تجارب کشور در خصوص اقدامات و اصلاحات کلان پیشگفت و نیز برخی برنامه‌ها و تغییرات دیگر در حوزه درمان (مانند استقرار نظام‌های ارزشیابی، اعتباربخشی، مدیریت کیفیت و حاکمیت بالینی؛ به‌کارگیری ابزار ارزیابی فن‌آوری سلامت در ورود و به‌کارگیری فن‌آوری‌های پیشرفته، استفاده از راهنماهای بالینی درمانی در ارائه خدمات، تدوین بسته خدمات پایه بیمه‌ای و غیربیمه‌ای، مواد مختلف قانونی مندرج در برنامه‌های توسعه کشور؛ تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار و ...)، در مجموع نشان می‌دهد گرچه اجرای این اصلاحات با توجه به عوامل پیشبرنده و بازدارنده اثرگذار بر اجرای برنامه، همواره با فراز و نشیب‌هایی روبرو بوده، در مجموع توانسته دستاوردهای مطلوبی را برای نظام سلامت کشور به همراه داشته باشد (۹۱-۹۳)، اما همچنان نیاز به برنامه‌های اصلاحی بعدی با توجه به چالش‌ها و کاستی‌های خدمات درمانی در کشور احساس می‌شد (۹۴).

در شکل ۲ پیوستار تاریخی تحولات اصلی حوزه درمان کشور بعد از پیروزی انقلاب اسلامی ایران نمایش داده شده است.

۱۳۵۷	کامظم سامی	قانون خدمت نیروی انسانی درمانی و بهداشتی قانون نحوه احداث مراکز بهداشتی درمانی
۱۳۵۸	موسی زرگر	تشکیل شورای بررسی برنامه‌ها و تشکیلات در وزارت بهداشت
۱۳۵۹	هادی منافی	تعرفه گذاری خدمات درمانی بر اساس اولین ویرایش کتاب کالینریا
۱۳۶۰	سیدعلیرضا مرندی	تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۱۳۶۱	ابرج فاضل	تصویب قانون استفاده از درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت تأسیس کسبک‌ها، مراکز، مراکز آموزشی، مراکز تخصصی
۱۳۶۲	رضا ملک زاده	تصویب قانون تنظیم خازنه و جمعیت
۱۳۶۳	سیدعلیرضا مرندی	تصویب قانون سازمان نظام پزشکی کشور، قانون نحوه انجام امور مالیه مراکز دانشگاهها، مؤسسات آموزش عالی
۱۳۶۴	محمد فرهادی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۶۵	مسعود پزشکیان	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۶۶	کامران باقری لنگرانی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۶۷	مرضیه وحید دستجردی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۶۸	محمدرضا مرنودی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۶۹	محمد فرهادی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۰	مسعود پزشکیان	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۱	کامران باقری لنگرانی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۲	مرضیه وحید دستجردی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۳	محمدرضا مرنودی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۴	مسعود پزشکیان	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۵	کامران باقری لنگرانی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۶	مرضیه وحید دستجردی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۷	محمدرضا مرنودی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۸	مسعود پزشکیان	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۷۹	کامران باقری لنگرانی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۰	مرضیه وحید دستجردی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۱	محمدرضا مرنودی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۲	مسعود پزشکیان	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۳	کامران باقری لنگرانی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۴	مرضیه وحید دستجردی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۵	محمدرضا مرنودی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۶	مسعود پزشکیان	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۷	کامران باقری لنگرانی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۸	مرضیه وحید دستجردی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۸۹	محمدرضا مرنودی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۹۰	مسعود پزشکیان	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۹۱	کامران باقری لنگرانی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۹۲	مرضیه وحید دستجردی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام
۱۳۹۳	محمدرضا مرنودی	تصویب قانون استفاده ساینوروی از مراکز درمانی امام



شکل ۲- پیوستار سیاست‌های حوزه ارائه خدمات درمانی کشور

۶-۲- عوامل مؤثر بر پیدایش/شکل‌گیری طرح تحول در حوزه درمان کشور

تحلیل داده‌ها در خصوص شناسایی عوامل مؤثر بر پیدایش/شکل‌گیری طرح تحول در حوزه درمان کشور (زمینه چارچوب مورد استفاده مطالعه)، در نهایت منجر به شناسایی ۲ تم و ۸ زیرتم شد (جدول ۳).

جدول ۳- تم‌ها و زیرتم‌های شناسایی شده عوامل مؤثر بر پیدایش طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

زیرتم	تم	جز چارچوب
عوامل قانونی	عوامل مؤثر کلان	زمینه سیاست
عوامل سیاسی		
عوامل اجتماعی-اقتصادی		
عوامل بین‌المللی		
عوامل تولیدی	عوامل مؤثر خرد	
عوامل ارائه خدمات		
عوامل تأمین مالی		
عوامل منابع انسانی		

همانگونه که جدول نشان می‌دهد عوامل مؤثر بر طراحی و پیدایش طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور را می‌توان در دو دسته عوامل سطح کلان و خرد تقسیم‌بندی نمود. با توجه به چندبعدی بودن مفهوم سلامتی و نقشی که تعیین‌کننده‌های مختلف در تامین و حفظ آن دارند، عوامل سطح کلان مشتمل بر آن دسته از عوامل تأثیرگذاری می‌شوند که فرای بخش سلامت، زمینه‌ساز پیدایش طرح تحول سلامت در حوزه درمان شدند. مروری کلی بر فهرست این عوامل نشان می‌دهد عوامل مؤثر بر پیدایش طرح در سطح کلان در چهار گروه عوامل قانونی، سیاسی، اجتماعی-اقتصادی و بین-المللی متمایز می‌شود.

گروه عوامل قانونی، مجموعه‌ای از قوانین و اسناد بالادستی کشور را در بردارد که در متن آن‌ها توجه ویژه‌ای به سلامت و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن شده است. در میان این مجموعه قوانین نقش سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی، برنامه چهارم (ماده ۸۹ و ۹۰) و برنامه پنجم توسعه کشور (بند ج و د ماده ۳۲، بند ب ماده ۳۴ و بند الف و ب ماده ۳۸) و سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی رهبر معظم انقلاب، که تأکید زیادی بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی و اثربخشی، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی و تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت داشت، در پیدایش طرح تحول سلامت در حوزه درمان پررنگ‌تر بود. لازم به ذکر است علاوه بر وجود چنین قوانینی که نوعی پشتوانه‌ی حمایتی برای پیدایش طرح تحول بود، عامل قانونی دیگر مؤثر در پیدایش طرح به اجرای ضعیف برخی از برنامه‌های توسعه پنج ساله کشور (مانند نظام ارجاع) مربوط می‌شد که تحقق کامل اهداف نظام سلامت را تحت‌الشعاع قرار داده بود.

"اگر روی اسناد سیاستی شکل گرفته نگاه کنید مثل سند برنامه چهارم، پنجم توسعه و نقشه جامع علمی کشور و سند کلی سیاست های سلامت، حتی برنامه ای که خانم دکتر وحید دستجردی در مجلس دفاع کرد و یا آن برنامه ای که دکتر طریقت در ۶ ماه آخر دفاع کرد، حتی شما اگر manifest روحانی را نگاه بکنید میبینید که مسائل فرم در آن وجود دارد یا manifest که دکتر هاشمی به عنوان برنامه ارائه داد." (م. ۹)

"... خوشبختانه در سالهای اخیر تلاشهایی شد که مسیر حرکت وزارت مشخص شه... شما نگاه کنید ما چشم انداز داریم سیاست را داریم در کنارشم همون برنامه های توسعه هست و برای تدوین همه اینها ما کار کردیم کارشناسی کردیم و گفتیم نیاز سلامت چی هست و چه چیزایی را باید سلامت اولویت بده." (م. ۱۸)

گروه دوم عوامل کلان تأثیرگذار بر شکل گیری طرح تحول سلامت در بخش درمان، به عوامل سیاسی مربوط می شد که عمدتاً ناظر بر توصیه های مقام معظم رهبری، فضای سیاسی کشور در دوره تحریم و تغییر دولت بود. تأکیدی که رهبری نظام بر رفع گرفتاری های غیرمرتبط با بیماری و کاهش نگرانی های بیماران و خانواده های آنها داشتند، اتخاذ تدابیری جدی و اساسی در جهت اصلاح نظام ارائه خدمات درمانی را اجتناب ناپذیر می ساخت. همچنین اعتقاد راسخ دولت جدید به اهمیت راهبردی امنیت و سلامت همه جانبه در جامعه، توجه خاص به تحقق امنیت در عرصه های سلامتی، تغذیه، بهداشت، معیشت و رفاه، انسجام خانوادگی و اجتماعی و قرار دادن هدف ایجاد نظام جامع سلامت و درمان با تأکید بر افزایش کیفیت زندگی ایرانیان، کاهش هزینه های بهداشتی و درمانی، افزایش آرامش روانی برگرفته از گسترش پوشش بیمه های سلامت، توسعه عدالت در حوزه سلامت و ثروت آفرینی از نظام سلامت، در زمره اهداف دولت جدید از مهم ترین عوامل سیاسی مؤثر بر پیدایش طرح تحول سلامت در بخش درمان به شمار می روند.

"مهمترین عامل پیشبرنده دغدغه رئیس جمهور و مقام عالی وزارت بود یعنی تعهد مدیران و سیاست گذاران همیشه در طرح های تحولی در دنیا حرف اول را میزند که ایجاد شده بود و دغدغه خود مقام وزارت بود و رئیس جمهور هم تأیید میکرد. برای شخص آقای دکتر آفاجانی فوق العاده برایش مهم بود و فعالیت زیادی میکرد. بعضی ها هم ادعاهایی داشتند مثل معاونت آموزشی که اصلاً تصویب نشدند که بخوانند طرحی را اجرا کنند. دغدغه خود ایشان هم خیلی مهم بود و از ابتدا با مقام محترم وزارت و رئیس جمهور این را جزو برنامه های اولیه شان بسته بودند و این کار را توانستند بکنند به نظر من تعهد سیاست گذاران حرف اول را برای پیش بردش میزد." (م. ۱۲)

گروه سوم عوامل مؤثر، عوامل اقتصادی-اجتماعی بود. براساس شواهد موجود تنگناهای مالی و وضعیت نامطلوب اقتصادی بخش های مختلف کشور، مواجهه با حجم بالای بدهی های به جا مانده از سال های قبل، کاهش ارزش پول ملی، جهش تورمی، وجود تحریم های مختلف که مشکلاتی را برای انجام وظایف بخش های تولیدی و خدماتی ایجاد کرده بود، مذاکرات هسته ای کشور، تجربه اجرای طرح هایی مانند طرح مسکن مهر، عدم تحقق کامل اهداف توسعه پایدار در کشور، نگرانی های عمومی جامعه و نیز اجرای مرحله دوم سیاست هدفمندی یارانه ها مهم ترین عوامل اجتماعی و اقتصادی بودند که سیاست گذاران و متولیان کشور را به طراحی و اجرای تحول سلامت در بخش درمان واداشت.

"دولت یازدهم بعد از دولت نهم و دهمی آمده است که محصول آن دولت سیاستهایی بوده که عواقب اقتصادی و اجتماعی و بین المللی متفاوتی برای ما ایجاد کرد بحث طرح هدفمندی یارانه ها به شیوه ای که عملیاتی شد و موضوع کاهش ارزش پول ملی و موضوع طرح مسکن مهر و موضوع هسته ای و مناقشاتی که سر تحریم اتفاق افتاد یک فضایی را ایجاد کرد که نارضایتی عمومی شکل رفت به همین دلیل بود که دولت جدید با آن همه رأی و مشارکت مردم شکل گرفت و دولت باید نشان میداد که یک تغییری میخواهد ایجاد

بکند با کلیدی که دستش بود. این کلید را در همه قفل‌ها در دوره‌های قبل فرو کرده بودند و تنها چیزی که باقی مانده بود سلامت بود." (م. ۲)

چهارمین گروه از عوامل کلان مؤثر بر پیدایش طرح، عوامل بین‌المللی را شامل می‌شود که ناظر بر همسویی با اهداف و برنامه‌های جهانی بود که توسط سازمان‌های مربوطه تدوین می‌شد و پایبندی به آن‌ها در زمره تعهدات کشورها قرار می‌گرفت. در میان این اهداف، هدف سلامت برای همه، اهداف توسعه هزاره سوم و تحقق اهداف توسعه پایدار از مهم‌ترین پیشبرنده‌های بین‌المللی شناسایی شده طرح تحول بودند.

"ما وقتی می‌آمدیم شاخصهای سلامت کشور را نگاه میکردیم میدیدیم اگرچه نسبت به سال‌های قبل وضعیت بهتر شده ولی در مقایسه با کشورهای حتی منطقه وضعون خیلی خوب نبود مثلا همین شاخص تخت بیمارستانی یا سرانه پزشک به جمعیت، یا مثلا سهم خانوار از هزینه‌های سلامت که وحشتناک بود." (م. ۱۰)

دسته دوم عوامل مؤثر بر شکل‌گیری طرح تحول سلامت حوزه درمان، مجموعه عواملی را دربردارد که در سطح خرد ریشه در بخش سلامت و زیرمجموعه‌های مختلف آن داشت. به گواه مستندات موجود و نیز نظرات دست‌اندرکاران با تجربه نظام سلامت، اگرچه وضعیت سلامت کشور در مسیر تحول و تکامل خود در سه دهه پس از پیروزی انقلاب اسلامی، شاهد دستاوردهای مهمی به ویژه در زمینه بهبود شاخص‌های سلامت، تشخیص و درمان بیماری‌ها، گسترش بیمه‌ی خدمات درمانی، تولید کمی و کیفی منابع سلامت (اعم از انسانی، تجهیزاتی، فیزیکی و ...)، سامان‌دهی شبکه اورژانس کشور، ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامتی و ... بود (۹۱، ۹۲)، اما همچنان با مشکلات و چالش‌هایی روبرو بود که مانع از تحقق کامل اهداف نظام سلامت کشور می‌شد (۹۵) و از عوامل مؤثر در شکل‌گیری طرح تحول سلامت در حوزه درمان محسوب می‌شدند. این عوامل در چهار گروه عوامل حاکمیتی، ارائه خدمات، تأمین مالی و منابع انسانی تقسیم‌بندی شد.

عوامل حاکمیتی بیشتر بر چالش‌هایی تولیتی وزارت بهداشت در ارائه خدمات سلامت دلالت داشت. مهم‌ترین این چالش‌ها عدم یکپارچگی سیاست-گذاری و حاکمیت ضعیف نظام سلامت (علیرغم اشاره به نقش مهم وزارت بهداشت در تولید نظام سلامت در متن اسناد بالادستی)، فقدان نظام برنامه-ریزی و سیاست‌گذاری مدون، عدم تفویض اختیار به موقع و مناسب به دانشگاه‌ها، توجه کم به مشارکت مردم و بخش غیردولتی در ارائه خدمات سلامت، نظام اطلاعات ناکارآمد، مشارکت ناکافی ذینفعان و طراحی نظام‌های پاسخگویی در سلامت معرفی شده بودند (۹۶).

مشکلات و موضوعاتی که به چیدمان و چگونگی ارائه خدمات سلامت در کشور مربوط می‌شد در گروه عوامل ارائه خدمات جای داشت. مروری بر شواهد و اسناد موجود نشان می‌دهد در کنار دستاوردهای خوب سلامتی که در نتیجه اصلاحات نظام ارائه خدمات در کشور حاصل شده بود، این کارکرد نظام سلامت با چالش‌هایی روبرو بود که مهم‌ترین آنها ضعف در ارائه خدمات درمانی بستری و سرپایی در شهرها و روستاها، پوشش ضعیف و دسترسی ناکافی مردم به خدمات درمانی، بی‌توجهی به نیازهای سلامتی گروه‌های سنی جامعه، عدم استقرار کامل و جامع نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات، توجه ناکافی به خواسته‌ها و انتظارات غیرپزشکی مردم، نامناسب بودن کیفیت فنی خدمات با نیازمندی‌های بیماران و نقص در سیستم ارتقای کیفیت شناخته شدند (۹۵). البته در این گروه از عوامل، عامل دیگری که در سطح خرد بر پیدایش طرح تحول سلامت در حوزه درمان مؤثر بود اجرای برنامه پزشک خانواده شناسایی شد که نقش آن بر خلاف عوامل پیشگفت، به نوعی بسترسازی مناسب در جهت شکل‌گیری و تدوین طرح تحول در حوزه درمان بود.

گفته می‌شود اجرای این برنامه توانسته بود ادبیات و گفتمان لازم برای حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت را از سال‌ها قبل در بخش سلامت ایجاد کند و توافق مدیران ارشد را برای متمرکز کردن اقدامات و برنامه‌های اصلاحی خود در سه بعد پوشش جمعیتی (بهره‌مندی همه مردم از خدمات سلامت)، پوشش خدماتی (فراهم نمودن جامع خدمات موردنیاز مردم) و پوشش هزینه‌ای (حفاظت مالی شهروندان در مقابل هزینه‌های سلامت) کسب نماید.

عوامل تأمین مالی نظام سلامت بیشتر بر سهم ناکافی سلامت از هزینه‌های دولت، ناکارآمدی ساختار گردآوری، انباشت و تخصیص منابع مالی، خرید خدمات بیمه‌ای و غیربیمه‌ای و پوشش همگانی بیمه‌های پایه سلامت، اشاره داشت که مجموع این‌ها هزینه‌های بالای خدمات تشخیصی و درمانی، پرداخت مستقیم از جیب بالای مردم و درصد نامطلوب هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت را رقم زده و نارضایتی‌های فراوانی را ایجاد نموده بود.

"باور کنید اینو جدی میگم اصلا سخته باورش ما اونروزها همان وقتی که تقریباً میشد سال ۹۲ روزی نبود که بیماری مراجعه کنه دفتر ما و بگه خونمم فروختم تا بچم درمون بشه الان که درمان نتیجه نداده می‌خاهیم برگردیم شهرستان دیگه جایی نداریم شما بگین چکار کنیم و دیگه این موضوع برای ما هر روز تکرار میشه ... خب این نشون میداد اون مکانیزم مالی ما مشکل داره و مشکلم جدیه." (م.)

(۱۱)

دسته آخر عوامل منابع انسانی سلامت را شامل شد. اگرچه به نقل از مشارکت‌کنندگان مطالعه با ادغام آموزش پزشکی و ارائه خدمات سلامت کشور تحول بزرگ در تربیت و آماده‌سازی منابع انسانی موردنیاز سلامت ایجاد شد و شاهد رشد روزافزون نیروی انسانی پزشک و پیراپزشک بودیم، اما به دلیل فقدان برنامه‌ریزی‌ها و نیازسنجی‌های علمی و اصولی و نامناسب بودن وضعیت عرضه و تقاضای منابع انسانی همچنان نبود منابع انسانی متخصص کافی در برخی مناطق به ویژه مناطق محروم به چشم می‌خورد. به علاوه مسائلی مانند نقص در نظام طبقه‌بندی، گزینش و استخدام نیروی انسانی، تربیت نادرست نیروی انسانی متخصص مبتنی بر نیازهای جامعه و انگیزه کم نیروی انسانی متخصص در ارائه خدمت بر نظام سلامت کشور سایه انداخته بود.

(۹۵).

وجود همین مشکلات ریشه‌ای سلامت، از یک سو حوزه درمان کشور را به‌عنوان بخش مهمی از نظام ارائه خدمات سلامت گرفتار پدیده‌های نامطلوب و بعضاً مخربی کرد که چاره‌اندیشی برای کنترل و حذف آن‌ها را نه تنها به خواست مسؤولان و دولتمردان، که به مطالبه عمومی جامعه تبدیل ساخته بود. نابسامانی‌های حوزه درمان به ویژه در بیمارستان‌های دولتی بیشتر احساس می‌شد. پیامدهای منفی این نابسامانی‌ها، در کنار گذار اپیدمیولوژیک، افزایش نسبت شهرنشینی، افزایش امید به زندگی و روند پیر شدن جمعیت و تغییر سبک زندگی، عدم اصلاحات به موقع در نظام سلامت کشور، عدم همراهی دولت با حوزه سلامت در اختصاص منابع لازم و تغییر نرخ ارز در سال ۱۳۹۱ و به دنبال آن جهش تورمی بخش بهداشت و درمان، نظام سلامت را نیازمند اقدام و تحول فوری و همه جانبه می‌نمود.

"درسته ما الان یه سری ایرادهایی به دکتر هاشمی و تیمش وارد می‌کنیم برای همین برنامه تحول ولی این را حقیقتاً قبول داریم وضعیت سلامت کشور خیلی ناچور شده بود ما اصلاً می‌ترسیدم نکنه امنیتی بشه فکرش هم واقعا وحشتناک بود... ما بیرون وزارت بودیم ولی بهمون می‌رسید که وضعیت بیمارستانا و بیمارا نابسامانه." (م. ۳۸)

همچنین از سویی دیگر، مشکلات ریشه‌ای نظام سلامت سبب شده بود در سطح مقایسه‌های بین‌المللی، وضعیت نظام سلامت کشور از نظر دستیابی به اهداف تعیین شده جهانی، چندان مطلوب نباشد. به استناد آمار و اطلاعات در دسترس، رتبه کشور ایران در میان ۱۹۱ کشور در نشانگر سطح سلامت ۹۶، توزیع سلامت ۱۱۳، سطح و توزیع پاسخدهی به نیازهای غیرپزشکی به ترتیب ۱۰۰ و ۹۳، مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌ها ۱۱۲ بود که در مجموع رتبه ۱۱۴ را برای وضعیت اهداف نظام سلامت ایران تعیین می‌کرد (۱۲).

۶-۳- تبیین فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

بر اساس مدل چرخه سیاست‌گذاری، فرایند سیاست‌گذاری شامل مرحله دستورگذاری، تدوین سیاست، اجرا و ارزشیابی می‌باشد. نتایج بررسی شواهد و مدارک در رابطه با فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان منجر به شناسایی ۴ تم و ۱۳ زیرتم شد (جدول ۴) که در ادامه و به تفکیک مراحل فوق ارائه می‌شود.

جدول ۴- تم‌ها و زیرتم‌های شناسایی شده فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

جز چارچوب	تم	زیرتم
فرایند سیاست‌گذاری	دستورگذاری	جریان مشکل
		جریان سیاستی
		جریان سیاسی
تدوین سیاست		ساختارهای سیاست‌گذاری برونی طرح
		ساختارهای سیاست‌گذاری درونی طرح
		چگونگی تدوین سیاست طرح
		چالش‌های تدوین سیاست طرح
اجرای سیاست		اجرای تدریجی و گام به گام
		جریان اجرای بالا به پایین
		ساختارهای اجرای سیاست طرح
		چالش‌های اجرای سیاست طرح
ارزشیابی		سطوح ارزشیابی طرح
		چالش‌های ارزشیابی طرح

۶-۳-۱- دستورگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان

با توجه به چارچوب جریانات چندگانه کینگدان (۵۳) که در آن تبیین بهتر فرایند دستورگذاری سه جریان مشکل، جریان سیاست و جریان سیاسی را متمایز می‌سازد، در ادامه این قسمت تلاش شده با استناد به تحلیل اظهارات و مدارک و اسناد مربوطه، سه جریان پیشگفت را برای آگاهی از فرایند دستورگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان تشریح شود.

الف- جریان مشکل در حوزه درمان

بررسی‌ها و روندها نشان دادند که مشکلات بخش درمان ریشه‌دار بوده و مداخلاتی که باید در این حوزه اتفاق می‌افتاده، اتفاق نیفتاده بود. این مشکلات شامل پوشش خدمات، پوشش جمعیتی، پوشش هزینه‌های خدمات و کیفیت خدمات بود. همچنین از لحاظ پوشش هزینه‌ای که یکی از مشکلاتی بود که سال‌ها وجود داشت بحث شیوه قیمت‌گذاری بود که وزارت بهداشت تجربیات مختلفی را در این حوزه داشت. تا قبل از سال ۱۳۸۳ تعرفه گذاری خدمات مستقیماً توسط دولت از طریق شورای عالی بیمه که در وزارت بهداشت بود صورت می‌گرفت، که مناسب و واقعی نبود. لذا دو مداخله در سال ۸۳ اتفاق افتاد که تصور می‌شد به بهتر شدن وضعیت موجود کمک کند؛ یکی تشکیل وزارت رفاه و انتقال شورای عالی بیمه به آنجا بود و دیگری واگذاری قیمت‌گذاری خدمات به سازمان نظام پزشکی. این دو مداخله هم در قیمت و هم در بسته‌ای که تحت پوشش قرار می‌گرفت تأثیر به سزایی داشت. شواهد نشان می‌دهد این مقطع، مقطعی بود که می‌توان تفاوت چشمگیری در وضعیت قبل و بعد آن مشاهده و شاهد اثرات بسیار آن بر روند مزمن پرداخت مستقیم از جیب بود. مطالعات نشان می‌دهد که از دهه ۴۰ به بعد سهم مردم در پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های سلامت، حدود بالای ۵۰ درصد بود. بنابراین حوزه درمان با یک بیماری مزمن روبرو بوده که با یک روند آرامی جلو می‌رفت. از ۱۳۸۳ این روند افزایشی شتابی گرفت. علل این شتاب به گفته مطلعین، مربوط به تشکیل وزارت رفاه و واگذاری قیمت‌گذاری به سازمان نظام پزشکی مربوط بوده است. سازمان نظام پزشکی سابقه خوبی در انجام تعهدات حاکمیتی نداشته و در موضوع تعرفه‌گذاری نیز دارای تضاد منافع می‌باشد و از آنجایی که به صورت یک واحد صنفی فعالیت دارد، به نحوی سعی در پیشینه نمودن منافع ارائه دهنده خدمت دارد. به همین دلیل شاهد رشد ناگهانی تعرفه‌هایی بودیم که این افزایش به سهم پرداخت مردم تحمیل می‌شد.

همچنین شواهد نشان می‌دهد در سال ۱۳۹۲ که بحث طرح تحول مطرح شد، پوشش هزینه‌های درمان از سوی دولت بین ۲۰ تا ۲۵ درصد بود. سهم پوشش هزینه‌های دارندگان دفترچه‌های بیمه کلاً ۲۰ درصد هزینه‌ها بود و تنها ۷۰ درصد خدماتی که باید توسط بیمه پوشش داده می‌شد، تحت پوشش بیمه و با کیفیتی نامتقارنی در سطح شهرها و روستاها و استان‌ها توزیع شده بود. در خصوص نوع خدماتی هم که تحت پوشش قرار می‌گرفت، باید گفت یک سری خدماتی بود که نباید تحت پوشش قرار می‌گرفت و بالعکس یک سری خدماتی را که باید تحت پوشش قرار می‌دادند، در بر نمی‌گرفت. بعنوان مثال خدمات مربوط به بیماری‌های لاعلاج یا مزمن که باید تحت پوشش قرار می‌گرفت در بسته خدمت نبود و مردم باید پرداخت مستقیم از جیب می‌کردند. نمونه عینی آن استفاده از تکنولوژی پت اسکن بود. اگرچه پت اسکن تکنولوژی‌ای نیست که در همه جا از آن استفاده کرد، ولی استفاده از آن در برخی موارد ضروری بود که در بسته خدمت وجود نداشت و بیمه نیز آن را پوشش نمی‌داد. بنابراین مردم مجبور بودند که با قیمت گزاف این خدمت را دریافت کنند و یا برای دریافت آن به کشورهای منطقه‌ای مراجعه نمایند.

علاوه بر مشکلات یاد شده توزیع پزشکان در سطح کشور نامتناسب بوده و بسیاری از پزشکان در مناطق محروم ماندگار نمی‌شدند. همین مسأله دسترسی مردم در مناطق محروم را کاهش می‌داد و سختی‌ها و هزینه‌های زیادی را برای دریافت خدمت موردنظر به آنها وارد می‌کرد. نارضایتی مردم از نبود پزشک معالج و عدم حضور وی در پروسه درمان، فرسوده بودن مراکز دولتی ارائه دهنده خدمات از دیگر مشکلات گریبانگیر حوزه درمان بود. مجموع این مشکلات که ریشه در نبود نظارت کافی بر بخش درمان، وجود خلاءهای قانونی و عدم توجه دولت و مجلس به تعهدات خود در زمینه سلامت داشت دست به دست هم داده بود و بخش درمان را نامتعادل ساخته بود و روز به روز بر نارضایتی مردم از بخش درمان می‌افزود. مردم دیگر توانی برای پرداخت مستقیم هزینه‌های درمان و نیز زیرمیزی‌ها نداشتند و رفع این مشکلات را از مسؤولان مطالبه کردند. مطالبه برای حل این مشکلات بخش درمان کشور را به سمت طرح تحول در حوزه درمان سوق داد.

"من مشکل هزینه بیمارستانی را عنوان می‌کنم. بیمارستان دارد خدماتی را ارائه می‌دهد و به کسی این خدمات را نمی‌فروشد و می‌فروشد و کسی که باید بخرد بیمه‌ها و فرانشیز بیماران است و بیمه نمی‌داد مجبور شدند آن یکی را بالا ببرند و چون نظارتی وجود نداشت در نتیجه بیمارستان‌ها هرکاری خواستند انجام دادند. و این باعث شد که در بین بیماران نارضایتی ایجاد شد و این نارضایتی هم رفته رفته به یک معضل تبدیل شد." (م. ۲۲)

"اونچه دولت یازدهم را به اجرای طرح تحول سلامت واداش، هزینه کم‌رشدن درمان در کشور، سهم بالای مردم از این هزینه‌ها و نارضایتی شدید مردم از وضعیت موجود بود. در پی سیاست‌های نسنجیده دولت دهم و شتاب‌گیری تورم، هزینه درمان افزایش زیادی گرفت. شیب تند هدفمندسازی یارانه‌ها و بعدشم تشدید تحریم‌ها و جهش نرخ ارز بر هزینه‌های سلامت بار دوجندان وارد کرد و مساله بهداشت و درمان را به معضلی اساسی در زندگی مردم تبدیلش کرد." (م. ۳۸)

"گزارش داشتیم که قبله آغاز طرح تحول سلامت، بیماران وقتی به بیمارستان‌های دولتی میرفتند فقط ۱۰ درصد فرانشیز بیمه داشتند و درکنارش باید هزینه‌هایی را بابت سایر ملزومات و تجهیزات پزشکی و حتی دمپایی، ملحفه و... می‌دادند... من یادم هست خانم دکتر دستجردی، وزیر بهداشت دولت دهم آمد و گزارش داد که ۵۵ درصد هزینه‌های درمان از جیب بیماران پرداخت می‌شه؛ حالا بعضی جاها هم هست که عدد ۶۰ تا ۷۰ درصد گفتند بهر حال هرچی باشه وضع بد بود... همین زمان میگن سالانه بین ۴ تا ۶ درصد از مردم به دلیل هزینه‌های درمانی به زیر خط فقر سقوط می‌کردند..." (م. ۱)

ب- جریان سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان

مطابق نظر کینگدان جریان سیاست سوپی از ایده‌های متنوع است که در درون شبکه سیاستگذاری برای پذیرفته شدن با یکدیگر رقابت می‌کنند. با به وجود آمدن مشکل در مقاطع گوناگون جریان سیاست نیز شکل می‌گیرد. برای رفع مشکلات سلامت حداقل از سال ۲۰۰۰ (حدود سال ۱۳۸۱) در دنیا مفاهیم نگاه سیستمیک به نظام سلامت گسترش پیدا کرد و در ایران هم به تبع آن توسعه یافت. مطالعات استراتژیک مختلفی اتفاق افتاد و بعد از آن هم برنامه‌های توسعه و تحول مختلفی شکل گرفت. در سال ۱۳۸۱ با کمک مالی و فنی بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی حرکتی به عنوان طرح اصلاحات نظام سلامت شروع شد که در آن زمان یک بسته خدمتی واحد آماده شد. هسته اصلی این اقدام پزشک خانواده بود؛ پزشک خانواده محور بود و سایر اجزای اصلاحات سیستم بر اساس آن برنامه ریزی می‌شد. هدف از این اقدام فراهم نمودن نظامی مبتنی بر شیوه مراقبت اولیه در سطح شهرستان بوده با محوریت فردی در تیم سلامت به عنوان پزشک خانواده که علاوه بر ارائه خدمات درمانی، کارهای بهداشتی و مدیریتی هم انجام می-

دهد. برای پیاده کردن این نظام و حمایت از این شیوه تدارک خدمت لازم بود با همکاری بخش‌های مربوطه مقدمات و ملزومات کار فراهم شود و بعد از آماده شده بسته‌های خدمات، طرح به صورت پایلوت اجرا شود که متأسفانه این اتفاق نیفتاد و فقط در بیم به صورت خیلی محدود بعضی از اجزایش آماده شد.

"بعضیا فکر میکنم طرح تحول یکدفعه‌ای آمده نه اینجوری نیست من خودم اینجا در واحدی هستم که به خوبی تاریخچه اینجور حرکتها را میدونم. ببینید بعد از همون گزارش سال ۸۱ WHO ادبیات تحولات در سلامت ایران شکل گرفت. درسته الان میگیم طرح تحول جدید، جدید هست ولی اگر بخاین برگردین عقب ریشه‌هایی این حرکت تحولی را پیدا میکنین. برنامه اولیه ما همون پزشک خانواده بود که طرحشم نوشتیم ولی خب محدودیت داشتیم... با همه این اوضاع و احوال تلاش کردیم اجزایش کنیم به صورت پایلوت". (م. ۸)

سپس در بودجه سال ۱۳۸۴ موضوع بیمه روستائیان مصوب شد و بخش‌های عمده‌ای از برنامه اصلاحی که قرار بود، اجرا شود، به صورت گسترده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر شکل گرفت. در طول تقریباً ۱۵ سال گذشته، همسو با پروژه‌های مختلف اصلاحاتی که در کشورهای مختلف شکل گرفته بود، ایران نیز با انجام برنامه‌های اصلاحاتی در حوزه سلامت به این جریان پیوسته بود، ولی در اجرای برنامه‌ها همواره قسمت‌هایی انجام می‌شد و قسمت‌هایی از آن اجرایی نمی‌شد. نکته قابل توجه اینکه مداخلات اصلاحی حوزه‌های مختلف سلامت مانند حوزه تدارک خدمات سرپایی و بستری و نیز آموزش، مراحل قانونی مربوط به تأمین پشتوانه قانونی را در آن زمان طی کرد و قسمت عمده‌ای از این اصلاحات وارد برنامه چهارم توسعه شد. اما برنامه چهارم دو سالی با توقف در اجرا روبرو بود، و بعد از آن اجرای برخی قسمت‌های برنامه شروع شد.

"نو برنامه چارم همه چیزایی که برای درست شدن نظام سلامت لازم بود با تشکیل گروههای کارشناسی درآورده بود. اخه اصلا روال همینه ببینیم چی نیاز داریم و چی در اختیار داریم براساس اون برنامه بریزیم. این کارا شده بود اگر ما مثلاً گفتیم باید بیمه فلان باشد خب گروههای کارشناسی نشسته بودند برنامه ریخته بودند و به این نتیجه رسیدند که شد قانون... راستش خوب تصویب شد ولی خب اجرا نشد. بد نیست شاید ببینن چرا اجرا نشد". (م. ۳)

تجربهای طراحی برنامه و اجرای نامطلوب آن در برنامه چهارم توسعه، مبنایی برای برنامه پنجم توسعه قرار گرفت و برنامه پنجم توسعه کامل تر به ذکر اصلاحات پرداخت. بطوریکه تمام اجزای نظام سلامت را دستکاری نمود و یک برنامه اصلاحی وسیعی را در برداشت. این برنامه اصلاحاتی بزرگ قرار بود از سال ۱۳۹۰ عملیاتی شود، اما با مشکلات خاص خودش در دولت روبرو شد و به دنبال وقوع تحریمها، اولویت اجرایی آن کمی به عقب رانده شد و جای خود را به موضوعاتی مانند مسکن ارزان قیمت داد. به همین علت دولت نتوانست برنامه اصلاحاتی خود را در حوزه سلامت جلو ببرد.

"وقتی برنامه پنجم می نوشتیم ما مطمئن بودیم اینا که نوشتیم باید عملیاتی بشه و اگر نشه معلوم نیست چه بلایی سر سلامت میاد بعدشم، حتی در دوران قبلی برنامه تحول نوشته شد ولی خب اولویت دولت نبود... اینا رفتند به کنار و یه دفعه دیگه نمیشد اداره کنی سلامتو" (م. ۱۱)

خوشبختانه با تغییر دولت و به دنبال آن تغییر سکاندار وزارت بهداشت فرصتی فراهم شد که کارهای اصلاحاتی گذشته مجدداً زنده شود و در قالب یک بسته جامع طرح تحول در سال ۱۳۹۲ ساماندهی گردد و مداخلات اجرایی در ۴ محور اصلی شامل غذا و دارو، درمان، بهداشت و آموزش اجرا شد.

"برنامه‌ای برای اصلاح و بهبود نظام سلامت در برنامه‌های تبلیغاتی دکتر روحانی پیش از انتخابات سال ۹۲ قرار داده شده بود و اولویت‌م داشت. رییس‌جمهور و دولت‌م پس از پیروزی در انتخابات به این وعده‌ها وفادار و پای‌بند بودند و بلافاصله شروع کردند به تهیه مقدمات اصلاح سلامت." (م. ۶)

تو این شک‌نکنین اولویت دولت جدید سلامت بود اینا حتی به سازمان جهانی بهداشتی‌ها هم گفتند و الان کاملاً همه جا گفته میشه طرح تحول کلیدش با دکتر روحانی بوده مته برنامه تحول ترکیه که با آکداق گره خورده" (م. ۳۸)

جریان سیاستی دیگری که در سال ۱۳۹۲ وجود داشت اجرای مرحله دوم قانون هدفمندی یارانه‌ها بود که با تخصیص منابع مالی آن به گیرندگان خدمات سلامت در بیمارستان‌های دولتی، مشکل هزینه‌های گزاف درمانی را تقلیل دهد.

یه اتفاق دیگه هم تو ۹۳ افتاد و اون که مرحله دوم هدفمندی اجرا شد و مصوب کرد مجلس که بخشی از درآمد این برنامه بیاد سمت بهداشت‌ودرمان و این یعنی یه مقدار گشایش مالی دست و بال بهداشت درمان باز شد تا بتونه یکم برنامه هاشو عملی کنه." (م. ۳۱)

بر اساس رویکرد جریان سیاست مدل کینگدان، راه‌حلهایی که در طول زمان بتوانند ثبات و حضور خود را حفظ کنند، شانس ورود به شبکه سیاست-گذاری را دارند. اما در بازی انتخاب سیاست‌های مختلف تخصیص منابع مالی، سیاستی که به عنوان گام اول به آن توجه شد، سیاست‌های حوزه درمان بود، که دارای اهمیت فراوانی بود. به دلیل اینکه در طول سال‌های گذشته به موضوع درمان کم توجهی شده بود و تقریباً یک دهه موضوع مراقبت اولیه با محوریت پزشک خانواده به عنوان محور اصلی طرح تحول کار شده بود، اما نقص اساسی در سطح دو و سه خدمات بیمارستانی بسیار بارز و تاثیر گذار بود. همچنین به واسطه کمبود منابع زیر ساختی، نیروی انسانی، منابع مالی و منابع اطلاعاتی حوزه درمان، ضرورت پیدا کرد که اصلاحات این حوزه به عنوان گام اول بسته طرح تحول سلامت اجرایی شود.

ج- جریان سیاسی طرح تحول در حوزه درمان

همانطور که پیش‌تر بحث شد در اواخر سال ۹۲-۱۳۹۱، بخش درمان با مشکلات زیادی مواجه بود و رفع این مشکلات اولویت سیاست‌مداران، سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران کشور بود. این افراد تلاش داشتند در سیاست‌ها و برنامه‌های خود رفع این مشکلات و بهبود شاخص‌های مربوط به حوزه درمان را مدنظر قرار دهند به عنوان مثال ماده ۹۰ برنامه قانون چهارم، چند شاخص را به عنوان هدف قرار داده بود؛ (۱) کاهش میزان پرداخت مردم از جیب به حداکثر ۳۰ درصد (۲) ارتقاء شاخص مشارکت مردم به ۹/۰ و (۳) کاهش دچار شدن خانوارها به هزینه‌های کمرشکن به ۱ درصد.

عملکرد نظام سلامت، به ترتیب سال‌هایی که بعد از برنامه قانون چهارم بود، عکس این روال بود. میزان پرداخت مردم از جیب که در زمان تدوین قانون حدود ۵۴-۵۵ درصد بود، تا سال ۹۲-۹۳ به حدود ۵۷-۵۸ درصد رسیده بود، سایر شاخص‌ها نیز به همین ترتیب وضعیت مناسبی نداشتند. لذا با توجه به اسنادبالادستی رفع این مشکلات در اولویت قرار گرفت. همچنین در حالیکه همگان به اولویت پیشگیری بر درمان توافق نظر داشتند، اما مطالبات بیشتر به حوزه درمان و به ویژه موضوعات مرتبط با منابع مالی آن برمی‌گشت.

جریان سیاسی دیگر به روی کار آمدن دولت جدید مربوط بود. سلامت اولویت دولت جدید بود و یکی از برنامه‌های اصلی تحول در بخش درمان بود تا با اجرای آن بتوانند گرفتاری‌های مردم را کاهش بدهند و به دغدغه مقام معظم رهبری که در بیمارستان‌ها بیماران بغیر از درد و رنج بیماری مشکل

دیگری را تحمل نکنند، پاسخ دهند. برنامه‌های تحول نظام سلامت پس از ابلاغ برنامه‌های حوزه سلامت توسط وزیر جدید به مجلس، با پشتوانه و حمایت ریاست محترم جمهور، اعضای هیات دولت و همراهی نمایندگان مجلس شورای اسلامی آغاز گردید. قابل ذکر است در این روند ابلاغ سیاست‌ها کلی سلامت از سوی مقام معظم رهبری کمک شایانی به روشن شدن مسیر طرح تحول نمود.

"علاوه بر مشکلات بخش درمان یک دولتی آمد که تحول خواه و توسعه‌گرا بود و یک وزیر آموخته بود که بیمارستان داری کرده بود و کار جهادی کرده بود و علاقه به کسانی که دسترسی ندارند و فقیر هستند در آن وجود داشت اینها به هم دیگر خورد و به یک بسته اقدام و اجرایی تغییر و تحول در حوزه درمان تبدیل شد و کار جلو رفت". (م. ۵)

د- پنجره سیاست‌گذاری طرح تحول در حوزه درمان

جریان مشکل حوزه درمان که عمده‌ترین مشکل آن سهم بالای پرداخت از جیب مردم در منابع مالی سلامت بود، جریان سیاستی که از مدت‌ها قبل در کشور آغاز شده بود و در آخرین تغییر خود با اجرای مرحله دوم هدفمندی یارانه‌ها همزمان شد و جریان سیاسی که با تغییر دولت رقم خورد، پنجره فرصتی را باز کرد تا از مسیر ایجاد منابع موردنیاز برنامه‌هایی در راستای کاهش هزینه‌های درمانی تحمیلی به مردم، برقراری عدالت و ارتقای کیفیت خدمات طراحی گردد.

شکل ۳ روند سه جریان و پیوند خوردن آنها را نشان می‌دهد.



شکل ۳- سیر جریان‌های چندگانه برای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان

۶-۳-۲- تدوین سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

برای تبیین فرایند تدوین سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور در ابتدا باید ساختار سیاست‌گذاری این طرح مشخص شود. با توجه به توضیحات و مستندات موجود و تحلیل آن‌ها، این بخش ضمن تشریح ساختارهای سیاست‌گذاری مربوطه، به بیان فرایند تدوین سیاست این طرح می‌پردازد.

الف- ساختارهای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

ساختارهای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور را می‌توان در دو گروه ساختارهای برون‌سازمانی و درون‌سازمانی تقسیم نمود. در گروه ساختارهای برون‌سازمانی دو کارگروه موضوع مصوبه آبان ماه و کارگروه سلامت مصوبه بهمن ماه ۱۳۹۲ قرار دارند که در تدوین طرح تحول سلامت و تعیین خط‌مشی‌های کلان نقش داشته و با تصویب کلیات برنامه تحول، ضمانت قانونی اجرای سیاست را تأمین کردند. کارگروه اول در پی اخذ مصوبه‌ای از هیأت محترم دولت در آبان ماه ۱۳۹۲ تشکیل شد. در این مصوبه به استناد اصل ۱۳۸ قانون اساسی مقرر شد به منظور بررسی طرح تحول سلامت و هماهنگی دستگاه‌های اجرایی ذیربط و اتخاذ تصمیمات لازم درخصوص برنامه‌های تکمیل پوشش بیمه همگانی و احیای بیمه پایه سلامت، استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت در کلیه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری، ارایه رایگان خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی در آنها و سایر برنامه‌های مربوط به نظام سلامت، کارگروهی به ریاست معاون اول رئیس جمهور و عضویت معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و وزیران بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، امور اقتصادی و دارایی و نفت تشکیل شود (۹۷).

"... البته اینها هنوز خیلی رسمی نبودند تو همون شورای سیاست‌گذاری بودی تا رسیدیم به مصوبه معروف آبان‌ماه، این مصوبه وقتی انجام شد میدونین دیگه تو متنش دیگه دولت مشخص کرد کیا باید بشینن تصمیم بگیرن و این خوب بود که از همون اول برنامه‌ریزی برای تحول سلامت توی جمعی باشه." (م. ۶)

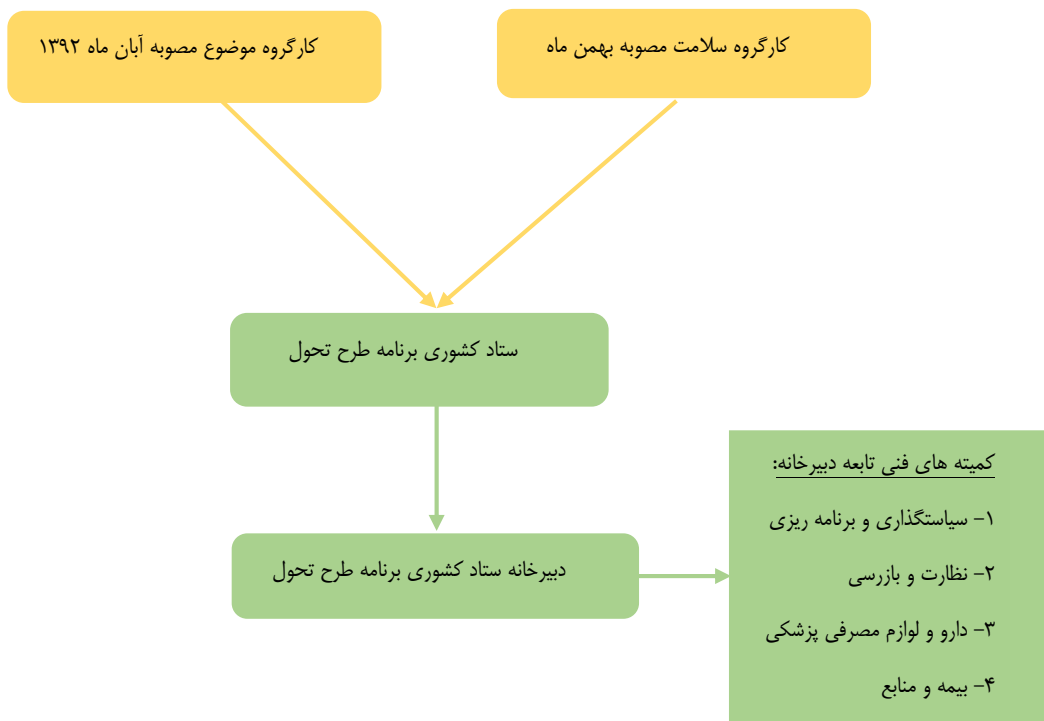
کارگروه دوم پس از اجرای مرحله دوم قانون هدفمندسازی یارانه‌ها و اخذ مصوبه‌ای دیگر در بهمن ماه ۱۳۹۲ تشکیل شد. در این مصوبه مقرر شد کارگروه سلامت با حضور وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (رئیس)، وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی، وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور تشکیل شود و برنامه‌های عملیاتی برای هزینه کردن منابع مالی افزوده شده در راستای ارتقا سلامت جامعه تدوین گردد (۹۸).

"بدش رسیدیم به این برنامه یارانه‌ها چون قرار شد مقداری گشایش مالی برای سلامت ایجاد شه سریع مصوب شد یه گروه یه کارگروهی تشکیل شه و بگه برای این پول برای اینکه کجا هزینه شه برنامه دقیق بده این ادامه همون تیم مصوبه آبان شه و دیگه یه جور مشارکتی و ضربتی نشستیم برای برنامه نوشتن." (م. ۶)

در گروه ساختارهای درون‌سازمانی، در سطح مرکزی، شورای سیاست‌گذاری سلامت (این شورا در حال حاضر منحل شده است)، شورای عالی بیمه سلامت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و ستاد کشوری برنامه تحول سلامت در ساختار سیاست‌گذاری تحول سلامت درمان ایفای نقش کردند.

بررسی و تایید محتوای هر یک از برنامه‌های سیاست طرح تحول و تدوین سازوکارهای لازم اجرایی اصلی‌ترین وظیفه این شوراها بود که به تناسب موضوع در هر یک از شوراها انجام می‌گرفت. لازم به ذکر است نقش ستاد کشوری برنامه تحول سلامت در سیاست‌گذاری و راهبری برنامه اجرایی تحول بیش از بقیه بود. وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)، مشاور عالی اقتصادی وزیر بهداشت، معاونین درمان (دبیر ستاد)، توسعه مدیریت و منابع، آموزشی، بهداشتی و پرستاری وزارت بهداشت، رئیس سازمان غذا و دارو، رئیس دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری (این عنوان بعدها به دبیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تغییر یافت)، رئیس دفتر آمار و فن‌آوری اطلاعات، قائم مقام وزیر در امور دانشگاه‌ها، دبیر مجامع، شوراها و هیات امناء و رئیس مرکز روابط عمومی وزارت بهداشت و رئیس سازمان بیمه سلامت اعضای این شورا بودند.

در سطحی پایین‌تر از ستاد کشوری برنامه تحول سلامت، عمده برنامه‌ریزی‌ها و وظایف اجرایی با کمک دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول نظام سلامت انجام می‌شد. این دبیرخانه وظیفه هماهنگی کلیه برنامه‌های تحول شامل ابلاغ مصوبات، هماهنگی و مدیریت اجرایی و پایش برنامه‌ها را برعهده داشت و به عنوان رابط بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و ستاد کشوری برنامه تحول فعالیت کرد. دبیر ستاد، معاون درمان وزارت بهداشت تعیین شد و جلسات آن در همین معاونت برگزار می‌گشت. زیرمجموعه دبیرخانه پنج کمیته فنی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، نظارت و بازرسی، دارو و لوازم مصرفی پزشکی، بیمه و منابع و مدیریت اطلاعات و اطلاع‌رسانی تعبیه شد. شکل ۴ نمای تصویری ساختارهای درگیر در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت کشور در حوزه درمان را نمایش می‌دهد.



شکل ۴- نمودار ساختار سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در کشور

با توجه به اظهارات مشارکت‌کنندگان تشکیل ساختارهای درگیر در طرح تحول سلامت، اگر چه در مستندات مربوط به اجرای طرح تحول سلامت اشاره شده بود، ولی در عمل تشکیل این ساختارها به دلیل تاخیر در ارسال دستورالعمل‌های مربوط به ترکیب و وظایف آنها، با کمی فاصله از اجرای طرح شروع شد. بعد از تشکیل نیز اگر چه انتظار می‌رفت ساختارها نقش مهمی در تدوین برنامه‌های موردنیاز داشته باشند، آن‌گونه که لازم بود اعضای ساختارهای طرح تحول نتوانستند زمان کافی برای طراحی برنامه‌ها را داشته باشند.

"یه دستورالعمل امده بود که در اون نوشته بود مثلا ساختار دانشگاه تشکیل شود ولی یادشون رفته بود بنویسند این شوراها باید چه کسانی را عضو بگیره و چکار کنند ما بعد نامه نوشتیم استعمال کردیم تا بعدش امد که اینها چگونه کار کنند و خب این برای اجرای یک طرح ملی خوب نیست امدگی برای اجرای نمایاره." (م. ۳۳)

ب- تدوین طرح تحول سلامت کشور

در برنامه‌ای ارائه شده ریاست محترم جمهوری در سال ۱۳۹۲ تأکید ویژه‌ای بر موضوع سلامت شد و به منظور تحقق اهداف کلان حوزه سلامت، دو راهبرد کلان و یازده اولویت راهبردی معرفی شد. دو راهبرد عبارت بودند از تحول در نظام ارائه‌ی خدمات سلامت (افزایش کیفیت خدمات، توسعه عدالت) و توسعه زیرساخت‌ها، منابع و ارتباطات حوزه سلامت. یازده اولویت نیز مشتمل بر اولویت بخشی راهبردی پیشگیری در برابر درمان، تاسیس و توسعه پزشکی خانواده به عنوان یک تخصص، آموزش مداوم پرستاران، ماماها و پیراپزشکان، ایجاد نظام واکنش موثر و تطبیق‌پذیر در برابر بلایا، بهبود مدیریت زنجیره تدارک دارویی، تبدیل نظام سلامت به یک پیشران اقتصادی ثروت‌آفرین، پوشش و فراگیری بیمه سلامت، تقویت همکاری و هماهنگی بین‌بخشی، ارتقای مشارکت بخش عمومی و خصوصی، ارتقای مشارکت انجمن‌های تخصصی پزشکی و بهداشتی و نیز سازمان نظام پزشکی و جذب منابع حمایتی برای زیرساخت‌های نظام سلامت بودند (۹۹).

نگاهی بر این راهبردها و اولویت‌ها نشان از آن دارد که پیشنهاد این موارد در برنامه دولت با توجه به اسناد بالادستی (قانون برنامه پنجم توسعه) و تحلیل وضع موجود نظام سلامت در آن زمان صورت گرفته و تمام همت و تلاش دولتمردان بر آن بوده تا با توجه به اندوخته دانشی دراختیار، مشکلات مزمن نظام سلامت را، که مورد تأکید مقام معظم رهبری نیز بود، تا حد امکان رفع نمایند. نگاه جامع‌نگر به نظام سلامت و زیرمجموعه‌های متنوع آن، توجه به اصل مهم مشارکت، تلاش برای بهبود کارکردهای نظام سلامت از نکات برجسته‌ایست که به نظر می‌رسد هنگام تدوین برنامه لحاظ شده است.

"آخه برنامه‌ای که برای دولت نوشته شد از کجا میاد، همیشه که یکی بیاد از یه جایی شروع کنه نوشتن خب میاند سیچواشن انالیز میکنن خب این سیچواشن انالیز میرسونه اونا را به همان مشکلاتی که سالهای سال بود گریبانگیر سلامت بودش اینا که اخه عوض نمیشن میان برنامه و پلن بدن میرن سراغ خبرگان خب این خبرگان همشون تجربشون میرسونه به همین چیزایی که برای سلامت دیده بود باید سلامت و البته نظام سلامت تقویت شه مشکل و نقص داره باید اونا حل شه اگر دنبال سلامتین." (م. ۷)

"برنامه‌های هم رییس جمهوری و هم آقای هاشمی بر مبنای همان قانون برنامه پنجم بود که وقتی نوشته شد با توجه به شرایط سلامت نوشته شد. پرابلم معلوم بود سولوشن معلوم بود و اینترونشنام مشخص وضعیت هم خیلی که تفاوت نکرده بود." (م. ۸)

به دنبال اعلام برنامه‌های ریاست جمهور در حوزه سلامت، وزیر پیشنهادی وی برای تصدی مسؤولیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برنامه‌ای را تنظیم و برای اخذ رای اعتماد به مجلس محترم شورای اسلامی ارائه داد (۱۰۰). تحلیل محتوای برنامه پیشنهادی حکایت از آن دارد که با

مدنظر قرار دادن اسناد بالادستی و تاکید بر دستاوردها و چالش‌های نظام سلامت، فلسفه حاکم بر برنامه پیشنهادی تحقق پوشش همگانی سلامت بوده و هدف برنامه نیز تأمین، حفظ و ارتقای سلامت همگانی با اجرای مراقبت‌های اولیه سلامت از طریق تقویت و ارتقاء نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور تعیین و برای تحقق این هدف و حل مشکلات موجود، دو گروه اقدامات فوری و اقدامات میان‌مدت و درازمدت فهرست شد.

از همان ابتدا یواچ سی محور بوده و برنامه‌هایی که اعلام میشد و به ما میگفتند نشان از این داشت که حرکت بخش سلامت کشور برای بهتر کردن پوشش و خب متناظر با نیازهای این دستیابی بیاد تو مدل ایرانیزه و برای کشور بومی بشه." (م. ۳۵)

اصلاح نظام تأمین منابع مالی (ارزی و ریالی)، مدیریت بحران دارو، استقرار گام به گام پزشک خانواده و نظام ارجاع، تقویت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، بهبود زیرساخت‌های فیزیکی و انسانی نظام سلامت به ویژه در مناطق محروم و بازنگری مبتنی بر شواهد در توسعه نظام آموزش پزشکی از اقدامات فوری پیشنهادی برای بهبود عملکرد نظام سلامت کشور بود. در گروه اقدامات میان‌مدت و درازمدت نیز تقویت تولید و اجرای برنامه‌های فرابخشی و درون‌بخشی سلامت پیش‌بینی شده بود. تحلیل این برنامه بیانگر وجود یک پشتوانه فکری کل‌نگر و به دور از هر گونه سوگیری به نظام سلامت و چالش‌های آن در تهیه برنامه بود. پس از اخذ رأی اعتماد وزیر پیشنهادی، تلاش برای عملیاتی کردن این برنامه و طرح‌ریزی اقدامات و تحولات اساسی در نظام سلامت، آغاز شد.

در تلاش‌هایی صورت گرفته در مرحله تدوین برنامه تحول سلامت، از مهر ماه سال ۱۳۹۲، جلسات متعدد شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با حضور معاونین وزارت، مشاور عالی وزیر، دبیر و کارشناسان مربوطه برای طراحی پروژه‌های جهت تحقق اهداف پیشگفت برگزار شد. اصل نامحدود بودن نیازها و محدود بودن منابع، تلاش‌ها را به سمت فهرست نمودن اولویت‌های تحول در نظام سلامت با توجه به تجربه-های اقدامات پیشین کشور و نیز تجربه‌های موفق بین‌المللی کشورهای در حال توسعه و تکیه بر رویکردی مبتنی بر شواهد سوق داد. گفته می‌شود مبنای تعیین این اولویت‌ها اسناد بالادستی، وضعیت موجود نظام سلامت و مطالبات اصلی مردم از این حوزه بود (۱۰۱). این تلاش‌ها در آبان ماه ۱۳۹۲ منجر به اخذ مصوبه‌ای از هیأت محترم دولت شد که در آن تشکیل گروهی برای تدوین برنامه‌های مربوط به تحول سلامت اعلام شد (در بخش ساختارهای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان اشاره شد). به دنبال ابلاغ این مصوبه، چهار کارگروه فنی زیرمجموعه کارگروه اصلی (کارگروه تکمیل پوشش بیمه همگانی و احیای بیمه پایه سلامت، کارگروه حفاظت مالی از خدمت‌گیرندگان، کارگروه استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت و کارگروه ارتقای کیفیت و پاسخگویی) تشکیل و تلاش‌ها برای تهیه برنامه‌های عملیاتی مربوط به هر یک از موضوعات چهارگانه فوق آغاز گردید. مرور صورت‌جلسات مربوط به جلسات کارگروه‌ها و سوابق مکاتباتی آن زمان و نیز اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان از آن داشت که ذینفعان مربوط به فعالیت هر کارگروه در جلسات مربوطه حضور داشتند و با بحث و بررسی‌های کارشناسی اقدام به تهیه برنامه‌ها نمودند.

"بله ما این را هم درنظر گرفتیم و مثلا تو کارگروه بیمه که رئیس دکتر حریری بود، از بیمه‌ها گفتیم بیان اینجا از دفتر بیمه خودمون بودند و البته اییم یکی از کارگروه‌ها مهم بودش." (م. ۸)

.. از ما هم نظر خواستن البته نه اینکه نظر بخوان از اداره ما هم کارشناسایی دعوت شدند خب می دونید ما یکی از بیمه‌گرای اصلی هستیم و اگه قرار بود بحث بیمه همگانی اجرا بشه ما هم باید تو تدوین برنامه هاش باشیم و کارشناسا ما هم رفتند حالا وزارتیا حرف خودتونو زدن ما حرف خودمونو ساعتی حتی روزای تعطیلی امدید و حالا برنامه را نوشتیم " (م. ۲۲)

با هماهنگی‌های به عمل آمده و به‌منظور همسان‌سازی در تهیه برنامه‌ها توسط کارگروه‌های درگیر، چارچوبی برای ارائه برنامه‌های پیشنهادی طراحی شد و در اختیار کارگروه‌ها قرار گرفت تا برنامه‌های در قالب پیشگفت آماده شود (شکل ۵). به گفته مطلعین، مشارکت‌کنندگان در این جلسات به خوبی می‌دانستند طراحی مدل باید با توجه به اسناد بالادستی و شرایط و امکانات کشور انجام گیرد و ضمن استفاده از شواهد در دسترس، به جای الگوبرداری محض از مدل‌های موفق دنیا، الگویی متناسب با الگوی فرهنگی اسلامی ایران انتخاب شود. همچنین محدودیت منابع و نیز بحرانی بودن وضعیت ارائه خدمات درمانی، امکان اجرای همزمان و یکباره برنامه تحول را میسر نمی‌سازد و با توجه به ماهیت نظام سلامت بهتر است ضمن در نظر داشتن نقشه راه تحول، اقدامات به صورت تدریجی عملیاتی گردد.

"خب ببینید ما چنتا چیزا برای نوشتن برنامه‌ها گذاشتیم جلومون و براساس اونا پیش رفتیم. اول اینکه دیدیم چی داریم تو کشورمون شما میدونین وضعیت ما سال ۹۱ و ۹۲ چطوری بوده. اوضاع دیگه قابل مدیریت نبود. پس چکار کردیم دیدیم الان سلامت کشور چی میخاد. خب بعدش گفتیم برای برون رفت از وضعیتی که ایجاد شده چه کنیم. گروه‌ها کارشناسی رفتند بررسی کردند ریوو کردن گفتن کشورهای دیگه چه کردن خصوصا این ترکیه و تایلند که به ما شبیه ترن. اینارم گذاشتیم جلومون و با توجه به اینکه کودوم کارا به درد کشورمون میخوره یکی یکی پیشنهاد دادیم.... اهان اینم بگم بله ما میدونستیم مشکلات سلامت زیاده خب خیلیم دلمون میخاست همه را به جا حل کنیم ولی نمیشد اخیه باید پله پله میرفتیم پس اولویت بندی کردیم." (م. ۴)

"شک نباید کرد اصلا هرکس جای دکتر هاشمی بود انتخاب دیگری نداشت. بیمارستانا دولتی آچمز شدند میدونین یعنی چی یعنی نصف بیشتر سلامت کشور مشکل داشت." (م. ۱۱)

"بعضیا میگن شماها با عجله برنامه‌های درمان را دادید و اجرا کردید. باید صبر می کردید کارشناسی میکردید و دقت داشتید که همه جای دنیا میگن بهداشت برتر درمانه و اونجا سرمایه گذاری می کردین. این برنامه ریختن شما برای تحول هر چی پول بود ریخت تو درمان. به چیزی را بگم که البته درسته اره ما درسته رو نوشته مستر پلن نداشتیم ولی تو کله هامون می دونستیم چکار داریم میکنیم. میدونستیم بهداشت مهمه براهمین تلاش کردیم از بهداشت نزنیم که نزدیک برین گزارشا اقتصادی را ببینین. ولی خب مشکلا درمان بیشتر بود." (م. ۶)

"حالا بعدم میگم من یسری اشکالا و ایرادایی به این برنامه تحول دارم ولی اینجا میگم درسته تحول برنامه علمی و سیستمی نداشت ولی همون وقتا که برنامه داشتند مینوشتند براساس همون تجربه کشورا و وضعیت خودمون نوشتند و البته همش توجیه داش که رفتن ارائه دادند رای گرفتند اینو همیشه منکرش شد." (م. ۳۷)

شکل ۵- چارچوب ارائه برنامه‌های پیشنهادی کارگروه‌های طرح تحول سلامت

برنامه اجرایی طرح تحول سلامت										
کل مبلغ				عنوان برنامه:						
برآورد منابع مالی (میلیارد ریال)				همکاران	دستگاه اجرایی مسئول	مقدار سال پایه ۱۳۹۲	هدف سال ۱۳۹۶	شاخص تحت (جمعیت پوشش)	فعالیت/پروژه (محصول پایان سال)	شماره
کل	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳						

توضیحات درباره برنامه اجرایی:

۱. نحوه تامین مالی پایدار و پویا،
۲. شیوه خرید یا جبران مالی بسته خدمات سلامت،
۳. نظام پایش و ارزشیابی

در زمانی که برنامه‌های پیشنهادی کارگروه‌های مذکور در حال نهایی شدن و ارائه به هیأت دولت بود، مرحله دوم قانون هدفمندسازی یارانه‌ها اجرا شد. با اجرای مرحله دوم قانون هدفمندسازی یارانه‌ها، مصوبه‌ای دیگر در بهمن ماه ۱۳۹۲ مبنی بر تشکیل کارگروه سلامت با حضور وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (رئیس)، وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی، وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و معاون برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور ابلاغ گردید. این کارگروه موظف به تهیه و تدوین (۱) بسته سیاست‌های جبرانی جایگزین اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها در قالب بهداشت و درمان، (۲) برنامه اجرایی بهبود نظام مالی سلامت در جهت کاهش هدف‌گذاری شده سهم پرداختی توسط مردم به همراه ضمانت‌های اجرایی با فراهم کردن هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی کشور و (۳) برنامه بهبود مدیریت زنجیره تدارک دارویی کشور و نیز نظام قیمت‌گذاری کالاها و خدمات پزشکی متناسب با اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها بود. با ابلاغ این مصوبه و در تداوم فعالیت‌هایی که در کارگروه اول انجام شده بود، کارگروه سلامت تشکیل و تدوین و ارائه نهایی برنامه‌های پیشنهادی پیگیری گردید (۹۸).

کارگروه سلامت با پشتیبانی کمیته‌های کارشناسی به صورت فشرده و منظم اقدام به تهیه برنامه‌های پیشنهادی مربوطه به تحول سلامت کردند. برون‌داد فعالیت‌های کارگروه سلامت در اسفند ماه ۱۳۹۲ منجر به تهیه دو بسته الف و ب و ارائه آن در جلسه کارگروه هدفمندی و نهایتاً اعلام رئیس برنامه‌های اولویت‌دار تحول سلامت به ریاست جمهوری گردید. لازم به ذکر است بسته‌های پیشنهادی الف و ب به ترتیب مشتمل بر ۱۶ و ۱۰ برنامه به همراه بار مالی آن بود که ناظر بر تغییر و تحولاتی مورد نیاز در زمینه ارائه خدمات سلامت (اعم از خدمات سطح اول، دوم و سوم) می‌شد که براساس آنچه گفته شد بر مبنای اسناد بالادستی، تجارب موجود و کار کارشناسی با حضور ذینفعان طراحی شده بود.

"فهرست همه این برنامه‌ها که از طرف وزارت‌خونه برای تحول سلامت مورد نیاز دیده می‌شد و البته در برنامه پنجم اومده بود را برید از دکتر ... بگیرید... می‌گن همش درمانیه برید ببینید چیا بوده همه همون اولویتا که گفتم پوشش همگانی، کم کردن پرداختی مردم، سامانه سلامت و ارتقا بوده دونه به دونه با برآورد مالیش و البته تو برآوردش مالیشم کپیتال دیده شده بود." (م. ۸)

در جلساتی که از سوی وزارت در کارگروه هدفمندی برای تشریح بسته‌های الف و ب برگزار شد، تبادل نظر و بحث‌های زیادی بر این موضوع که کدام برنامه‌ها و کدام بسته انتخاب شود، صورت گرفته است.

"ما این بسته‌ها را آماده کردیم دادیم دکتر بیرن ستاد هدفمندی اونجا تو جلسات خیلی صحبت شده ما فقط دیدیم از همه اونهایی که پیشنهاد دادیم اینا که نوی نامه رئیس جمهوری است آمده بیرون." (م. ۹)

براساس گفته‌های مشارکت‌کنندگان، ملاک‌های انتخاب برنامه‌های مداخلاتی در این مرحله شدت مشکلات (که در بخش درمان مراکز دولتی بیشتر بود)، تاخیر و تقدم‌های بودجه‌های تخصیص‌یافته از محل ۱۰ درصد و ۱ درصد، اولویت تعهد دولت برای کاهش ۱۰ درصدی پرداخت مستقیم از جیب مردم و ملموس بودن دستاوردهای هر برنامه بود.

"متن همه برنامه‌ها و پیشنهادی مداخلاتی وزارت برای اون جلسه هنوز هست. سامانه را دیده بودیم برای بهداشت و پرایمیری و کیورتیو برنامه گذاشتیم وقتی برنامه را دکتر هاشمی برد تو کارگروه خب اولویت همون اوت اف پاکت بود و اینکه چه کاری اونم زودبازده میشه برای این کاهش کرد." (م. ۱۶)

پس از حذف برخی موارد، ۱۰ برنامه با نام بسته ب مورد قبول واقع شد و سرانجام پس از تصویب آئین‌نامه اجرایی تبصره ۲۱ قانون بودجه سال ۱۳۹۳ و آماده شدن پیش‌نویس دستورالعمل و برنامه اجرایی هر یک از برنامه‌های مصوب، در اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ به تصویب هیأت دولت رسید و جهت اجرا به سازمان‌های مربوطه ابلاغ شد. رئوس موضوعات مهمی که برای اجرای طرح تحول سلامت در این مصوبه تعیین شد و عمدتاً نیز بر خدمات حوزه درمان متمرکز بود، عبارت بودند از:

- ۱- بیمه نمودن جمعیت فاقد بیمه پایه سلامت از طریق سازمان بیمه سلامت
- ۲- حمایت مالی از/کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ۳- حفاظت و حمایت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند*
- ۴- حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان‌های مناطق محروم
- ۵- حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ۶- ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ۷- ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ۸- ترویج زایمان طبیعی
- ۹- گسترش پوشش خدمات اورژانس هوایی
- ۱۰- نظارت بر حسن اجرای برنامه تحول نظام سلامت

* این برنامه بعدها در برنامه حمایت مالی از بیماران بستری ادغام شد.

بعد از اردیبهشت ماه ۱۳۹۲ و در ادامه تدوین برنامه‌های فوق، به تدریج و متناسب با زمان آماده شدن محتویات و دستورالعمل‌های اجرایی، دو برنامه-ی دیگر به فهرست برنامه‌های اولیه خدمات حوزه درمان اضافه شد. یکی از این برنامه‌ها مربوط به تعرفه‌گذاری خدمات سلامت بود و تلاش‌های مداوم ذینفعان مربوط در این حیطة، منجر به تهیه و تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت شد. تا قبل از تهیه و ابلاغ این کتاب، ارزش نسبی خدمات در فواصل زمانی ۱۳۸۴، ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ تعیین و بازنگری شده بود، اما با اعتراض‌هایی که با آن مواجه بود، اجرایی نشد. پس از تصویب اجرای برنامه‌های تحول سلامت در اوایل کار دولت، موضوع تعرفه‌گذاری با توجه به مشکلات واقعی نبودن آن (۱۰۲) در اولویت قرار گرفت. بر این اساس پس از آنکه در اسفند ماه ۱۳۹۲ رشد ۴۸٪ ضرایب ریالی و میزان تعرفه‌ها در شورای عالی بیمه سلامت به تصویب رسید، در یک بازه زمانی یک ماهه (پنجم خرداد تا پنجم تیر ۱۳۹۳) جلساتی با انجمن‌های علمی تخصصی و بوردهای آموزشی و متصدیان وزارت بهداشت به منظور تهیه نسخه اولیه کتاب و کسب توافق نظر اعضا برگزار شد. در تیر ماه همان سال، جلسات دبیرخانه شورای عالی بیمه برگزار و کلیات کتاب به تصویب رسید. اولین نسخه کتاب پس از برگزاری چندین جلسه کارشناسی در شهریور ماه ۱۳۹۳ به هیأت محترم دولت ارائه شد و کلیات آن به تصویب این هیأت رسید. پس از تصویب این نسخه، جلسات توجیهی مربوط در معاونت نظارت راهبری ریاست جمهوری برگزار شد و در نهایت پس از تأیید انجمن‌های تخصصی کتاب ارزش

نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در ایران توسط هیأت دولت در مهرماه ۱۳۹۳ تصویب و جهت اجرا به واحدهای ذیربط ابلاغ شد. در تدوین این مجموعه که در آن حدود ۱۷۰۰ خدمت نوین پزشکی تعرفه‌گذاری شد و ۳۰۰ خدمت جدید در بسته خدمات بیمه پایه قرار گرفت، تلاش بر این بود با مینا قرار دادن اصول و مفروضات تعیین شده (کاهش فاصله دریافتی پزشکان در بخش خصوصی و دولتی، متناسب‌سازی دریافتی‌ها در گروه‌های مختلف پزشکی، عدم کاهش دریافتی از سطح فعلی)، از آخرین روش‌ها برای نامگذاری خدمات سلامت استفاده گردد و در سایه‌ی مشارکت نمایندگان وزارت-خانه‌های تعاون کار و رفاه اجتماعی و بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه، انجمن‌های علمی-تخصصی، بوردهای تخصصی و گروه‌های آموزشی مجموعه‌ای فراهم آید که با فرهنگ ارائه خدمت در نظام سلامت کشور هماهنگ بوده و به طور همزمان در راستای تحقق اهداف تسهیل رسیدگی به اسناد موسسات ارائه خدمت، ساده‌سازی و تجمیع شرح خدمات و سیستم کدینگ ملی برای خدمات و مراقبت‌های سلامت گام بردارد.

"مرحله دوم کار بعد از اینکه طرف گیرنده خدمات سلامت ساماندهی شد برمی‌گشت به ارائه‌دهندها. نقشه اینچور ریخته شد که اول و سریعتر از همه جا بریم سراغ گیرنده که مشکلاتش زیاد بود بعد وقتی تا به حدی این طرف اروم شد برای اینکه ارائه‌دهنده را همراهمون بیاریم اصلاحات اون طرف را هم انجام بدیم." (م. ۱۱)

"... سالیان سال بود مشکل تعرفه‌ها مطرح بود اصلا اینقدر این موضوع تکراری شده بود که وقتی پزشکی حتما تو بیمارستان دولتی میگفت دریافتی که برای فلان جراحی میگیرم با قیمت تمام شدش نمیخونه و باید مابقیشو به جوری بگیرم و خب راه اصلی هم همون جیب بیمار بود خیلی کسی تعجب نمی‌کرد." (م. ۲۹)

"پروژه بازنگری تعرفه‌ها میدونید خودتون به پروسه مشارکتیه و باید موارد زیادی توش لحاظ بشه. برای این کار ما به عنوان دینفع اصلی بحث تعرفه‌ها آمدیم و گروه‌های کارشناسی مربوطه را تشکیل دادیم از بیمه‌ها بودند انجمنها بودند وزارت بهداشت بود و خب از نظام پزشکی شروع کردیم به اصلاح و چنتا درواقع اصولم داشتیم مثل اینکه فاصله بین گروه‌های مختلف پزشکی کم بشه فاصله دولتی و خصوصی زیاد نباشه و دستمزدها از اینی که هست کم تر نشه و افزایشه توتالی خیلی بالاتر نره." (م. ۲۸)

برنامه‌ی دوم، برنامه‌ی پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان، اعضای هیأت علمی و کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی را شامل شد که این برنامه در راستای ساماندهی بازتوزیع بخشی از درآمدهای اختصاصی بیمارستانهای دولتی میان کارکنان و نیز افزایش انگیزه کارکنان شاغل در این مراکز، پس از تهیه دستورالعمل‌های مربوطه، از بهمن ماه ۱۳۹۳ وارد مرحله اجرا شد. تا قبل از ابلاغ این برنامه، مبنای پرداختی به کارکنان از درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها، دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها بود که علیرغم اصلاحاتی که در آن صورت گرفته بود، اشکال‌هایی داشت که نمی‌توانست جنبه انگیزشی پرداخت‌های کارکنان را حمایت نماید و تاحدودی بی‌عدالتی در پرداخت‌های افراد را رقم زده بود.

فعلا بحثی نداریم دستورالعمل کارانه قبله خوب بود بوده یا نه و باید اجرا میشده یا نه بحث اینه دیگه جوابگو نبود و خیلی اشکالات ایجاد کرده بود بی‌عدالتیش زیاد بود به همه کارکنان اختصاص نداشت ببینین مثلا تو به واحد که همه کار میکردن فقط رسمی پیمانیها سهم داشتند بقیه نه این درست نبود بعدشم اصلا کیفیت کار دیده نمیشد دست مدیرم خیلی باز نبود برا اینکه از این پرداخت برای کارهای انگیزشی استفاده کنه." (م. ۱۷)

در طراحی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد نیز تلاش شد با توجه به مرور مدل‌های مختلف پرداخت مبتنی بر عملکردی و شرایط و مقتضیات موجود و نیز درنظر داشتن اهمیت رعایت تعادل در پرداخت بین گروه‌های کاری در رده‌های شغلی و رابطه‌های استخدامی مختلف، کیفیت و کمیت و رضایت بیمار از خدمات مبنای پرداخت قرار گیرد.

اینکه اصول پرداخت را تغییر دهند خیلی سخت بود اما باید کار انجام می‌شد چون نارضایتی ارائه دهنده اگر ادامه پیدا می‌کرد نمیشد انتظار داشت بیمار را خوب سرویس دهند. خیلی موارد باید لحاظ میشد بخام خلاصه بگم اینکه باید جاستیفیل می‌شد و احساس برابری و رضایت در کارکنان ایجاد می‌شد. تلاش هم شد برای این نوبت اصلاح پرداخت هم ببینند چه کارهایی جاهای دیگه کردند و هم اینکه ما خودمون چه چیزایی باید رعایت کنیم." (م. ۱۹)

با توجه به آنچه در خصوص مراحل تدوین طرح تحول سلامت در حوزه درمان بیان شد و نیز با توجه به نظرهای مشارکت‌کنندگان به نظر می‌آید، تدوین این طرح در راستای تحقق تعهدات بین‌المللی و تکالیف قانونی تعیین شده در اسناد بالادستی کشور انجام شده و با رویکردی مبتنی بر اولویت-بندی حل مسائل پیشرو و نیز در نظر گرفتن محدودیتها و توان مالی انجام گردیده است.

"نه همیشه گفت همسو نبوده برگردید به مستندات که دکتر هاشمی براساس اون برنامه را تعیین کرده به این می‌رسید." (م. ۱۴)

البته برخی مشارکت‌کنندگان نیز با برشمردن برخی از تکالیف مهم قانونی بخش سلامت ادعا کردند طرح تحول سلامت در حوزه درمان همسویی با اهداف تعیین شده برای این بخش نداشته است.

"سالهاست هممون می‌دونیم و مرتبا هم در برنامه‌ها و مصوبات مجلس اومده ما نظام ارجاع و سطح‌بندی درد اصلیمونه ما نظام پرداخت مشکل داریم تو برنامه ۵ دقیقا بندهای ۳۴ و ۳۸ و بعدشم ۹ سیاستهای کلان بارها و بارها گفتیم نیاز کشور چیه ولی برنامه تحول خلاف رفت. رفت سراغ درمان و اونم همه برنامه فوکوس کرد رو اوت اف پاکت ما نظرمون اینه که هم جهت نبود تدوین برنامه." (م. ۳۱)

همچنین در طراحی این برنامه اگرچه به نظر می‌رسد مشارکت و درگیری گروه‌های مختلف وجود داشته ولی به گفته برخی مشارکت‌کنندگان، این حد از مشارکت کافی نبوده است.

"اگر فرض را بر این بذاریم که مشکل اصلی فاینس سلامت بود و بخوایم بگیم برنامه هدفش اصلاح فاینس بوده خودتون قضاوت کنید برای این اصلاح تو هر قسمتش راهی دارید جز اینکه سراغ بیمه‌ها برین؟ نهایت مشارکت ما همون برنامه بیمه شدن بود بنظر شما کافیه. و این کی معلوم شد وقتی مشکلات خودشو نشون داد." (م. ۲۲)

"ماها که بیمه‌ای هستیم خوب دیده نشدیم فعال به میدون وارد نشدیم مهم نیس چه چیزایی باعث این بی میلی شد لاقلا الان ولی مهم اینه که نبودیم و باید برای مراحل بعدی اصلاح شه." (م. ۲۵)

"نمیتونید ادعای حرکت انقلابی بشید تو سلامت بدون توجه به بیمه‌ها اونم نه فقط اصلیها همشون البته تو کشور ما اینجوری که بیمه زیاد داریم و بادی برا همشون فکر کرد." (م. ۲۷)

موضوع دیگری که در تدوین طرح تحول سلامت در حوزه درمان شناسایی شد، هماهنگی نامطلوب بین تدوین برنامه‌های تغییراتی بخش درمان و بهداشت (خدمات سطح اول و دوم و سوم) بود.

"به جد می‌گوییم خودمون هم می‌گوییم و اگر هم بهمون از بیرون بگن قبول داریم برنامه‌های ما درمانی‌ها با بهداشتی‌ها هماهنگ نبود." (م. ۱۸)

۶-۳-۳- نحوه اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

با توجه به شرایط حوزه سلامت و وجود مشکلاتی در این حوزه مانند بالا بودن پرداخت از جیب، نارضایتی از ارائه خدمات بیمارستانی، حجم بالای زیر میزی‌ها، و کمبود دارو و ملزومات در بیمارستان‌ها که منجر به ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان می‌شد، ضروری به نظر رسید که برنامه‌ای طراحی شود تا ضمن رصد جامعه هدف (اقشار آسیب پذیر و بیماران کمتر برخوردار)، بتواند به تحقق پوشش همگانی را با سه هدف زیر دست یافتنی نماید:

۱- محافظت از مردم در مقابل هزینه‌های درمان

۲- ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی

۳- برقراری عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی

جهت دستیابی به این اهداف از نخستین روزهای شروع کار دولت، تحت حمایت و هدایت مستقیم شخص رئیس جمهور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آماده طرح‌ریزی اقدامات و تحولات اساسی در نظام سلامت کشور شد. سیاست‌گذاران و مسؤولان اجرای طرح تحول سلامت می‌دانستند که برای اعمال اصلاحات پایدار در سلامت دوره زمانی طولانی باید در نظر گرفته شود و هر یک از گام‌های اصلاحی به تدریج و نه در یک زمان واحد اجرایی گردد. براین اساس اولویت‌بندی اجرای برنامه‌ها با توجه به شدت نیاز برای اعمال اصلاحات، محدودیت‌های بودجه‌ای تخصیص یافته به سلامت، توجه به رویکرد حل مشکل و نیز مهیا بودن پیش‌زمینه‌های اجرایی (تدوین برنامه‌ها و دستورالعمل‌ها، مکانیزم ارزیابی و ...) انجام شد و اجرای طرح به- صورت تدریجی و گام‌به‌گام در دستور کار قرار گرفت.

"از همان اول تصمیم گرفته شد قدم به قدم پیش بریم یعنی چاره‌ای نداشتیم به سری مفروضات بود که باید رعایت میشد روشمونم پرابلم سالوینگ بود منطقم اینا میگفت نمیشد دفعه همه نظام سلامت را تغییر بدیم اصلا قابل منیج نبود. رویکرد رویکرد استپ بای استپ بود که البته به اشکالی هم وارد شد و اون اینکه استپها به یک اندازه بلد نشد." (م. ۶)

اجرای مرحله اول برنامه کشوری طرح تحول سلامت در حوزه درمان پس از طی مراحل تدوین برنامه و آماده شدن و نهایی کردن دستورالعمل‌های اجرایی کار، با توجه به زمان محدود برای عملیاتی شدن، در تاریخ ۷ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ به صورت کتبی به دانشگاه‌ها اعلام شد (نامه شماره ۲۱۵۷ مورخ ۱۳۹۳/۲/۱۵ معاون درمان وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی) و از ۱۵ اردیبهشت اجرای آن آغاز گردید. لذا اجرای سیاست رویکردی "بالا به پایین" داشته است و وظیفه اجرای آن به ستاد اجرایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی واگذار شده است. البته مرور سوابق مربوط به جلسه‌های اجلاس رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی گویای این است موضوع تحول سلامت و برنامه‌های مربوط به حوزه درمان در این جلسه‌ها نیز مطرح شده و مقدمات توجیه دانشگاه‌ها برای اجرای این طرح فراهم شده بود. دامنه اجرای مرحله اول طرح تحول سلامت در حوزه درمان، بیمارستان‌های دانشگاهی کشور را در برداشت.

"روش اپ دان روشی نیست که خیلی مشارکتی باشه ولی چاره نبود زمان کم و کار زیاد برا همین به محضی که دستورالعملای درمان اکی شد اجرای به دانشگاهها اعلام شد و سریع گفتیم وارد بشیمنه اینجورم نبود که چکشی عمل شود چندین جلسه روسا دانشگاهها دعوت شدند آمدند حرف زدند و اینم بگم زمینه فراهم شده بود یعنی به محض استارت برنامه حتما بیمارستانام حالا نه همشون ولی اصلیهاشون میدونستند." (م. ۱۹)

مرحله دوم اجرایی طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان با ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران از ۱ مهرماه ۱۳۹۳ و اجرای آن در آبان ماه همان سال آغاز گردید (نامه شماره ۱۳۱۷۱ مورخ ۱۳۹۳/۷/۸ معاون درمان وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی) اجرایی شدن مفاد این کتاب، همه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در کشور (اعم از خصوصی و دولتی) را به ویژه در بخش بستری را متأثر ساخت. مرحله سوم نیز با ابلاغ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان، اعضای هیأت علمی و کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی از ۱۳۹۳/۱۱/۲۶ آغاز شد (نامه شماره ۱۵۲۵ مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۲۶ وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی).

"تو درمان سه تا گام بزرگ برداشته شد اول برای بیمار و موضوع کاهش فرانشیر بیماران دوم برای تعرفه‌ها که خب طرف ارائه‌دهنده و سوم همکه خب روش اپ دان روشی نیست که خیلی مشارکتی باشه ولی چاره نبود زمان کم و کار زیاد برا همین به محضی که دستورالعملای درمان اکی شد اجرای به دانشگاهها اعلام شد و سریع گفتیم وارد بشیمنه اینجورم نبود که چکشی عمل شود چندین جلسه روسا دانشگاهها دعوت شدند آمدند حرف زدند و اینم بگم زمینه فراهم شده بود یعنی به محض استارت برنامه حتما بیمارستانام حالا نه همشون ولی اصلیهاشون میدونستند." (م. ۱)

با توجه به دستورالعمل‌های موجود مربوط به طرح تحول سلامت در حوزه درمان (۱۰۳)، به نظر می‌رسد اجرای برنامه‌های تحول سلامت در حوزه درمان از طریق تشکیل ساختارهایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی هدایت گردید. سه ساختار اصلی برای اجرای طرح در نظر گرفته شد. ساختار درگیر در سطح استان، ستاد اجرایی برنامه تحول نظام سلامت دانشگاه نام داشت که با ترکیب اعضای رئیس دانشگاه (رئیس ستاد)، معاونین درمان (دبیر ستاد)، غذا و دارو، آموزشی، بهداشتی و توسعه مدیریت و منابع و مدیر روابط عمومی دانشگاه، مدیر واحد آمار و فن‌آوری اطلاعات، مدیر کل بیمه سلامت استان، دو نفر از روسا و یا مدیران مراکز درمانی و نماینده سایر سازمان‌های بیمه پایه و تکمیلی حسب موضوع، امور مربوط به تصمیم‌گیری، اجرا و نظارت برنامه‌های تحول را برعهده گرفت. این ستاد دبیرخانه‌ای با ترکیب کمیته‌های فنی متناظر با کمیته‌های فنی دبیرخانه ستاد کشوری در حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت و با ریاست معاون درمان داشت. شواهد و مدارک نشان از آن دارد این ستاد نیز عمدتاً امور مربوط به تحولات درمان را پیگیری می‌نمود. البته با اعلام برنامه‌های تحول بهداشت، تغییرات این حوزه نیز در همین ستاد و یا در برخی دانشگاه‌ها با ساختاری مشابه ساختار مذکور اجرا و نظارت شد.

در سطح شهرستان، ستاد اجرایی برنامه تحول نظام سلامت شبکه شهرستان متشکل از رییس شبکه، روسای بیمارستان‌های شهرستان، معاون درمان و مدیر مالی شبکه و رئیس دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان بیمه سلامت شهرستان متولی تصمیم‌گیری‌های عملیاتی و نظارت بر حسن اجرا بود. در محیطی‌ترین سطح نیز اجرا و نظارت توسط ستاد اجرایی برنامه تحول نظام سلامت بیمارستان متشکل از رئیس، مدیر، مدیر مالی، مدیر پرستاری، معاون آموزشی، معاون درمان و رییس داروخانه بیمارستان، نماینده بیمه پایه سلامت و تکمیلی (حسب مورد) و رئیس بخش با توجه به ارتباط موضوع، فعالیت داشتند. فعالیت‌های هر دو ستاد اخیر همانند ستادهای سطح بالا، ناظر به تغییرات حوزه درمان بود. براساس مستندات موجود، ساختارهای مشابهی

برای رصد فعالیت‌های حوزه بهداشتی دیده نشده بود و عمده نظارت‌ها به صورت موردی و بسته به نوع برنامه در سطوح محیطی انجام می‌گرفت. در شکل ۵ نمای گرافیکی مراحل تدوین و اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور نشان داده شده است.



شکل ۶- سیر تاریخی تدوین و اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

در تحلیل اظهارات مشارکت‌کنندگان در خصوص اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان مشخص گردید اجرای این طرح ملی با چالش‌هایی روبرو بوده است. بیشترین چالش از سوی مشارکت‌کنندگان اختصاص زمان ناکافی برای توجیه و آشناسازی مجریان با این طرح بود که به دلیل جلب ناکافی صاحبان فرایندهای اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان، مقاومت و در برخی مواقع مخالفت آن‌ها را به دنبال داشته است.

کیا باید این طرح را اجرای می‌کردند؟ خط مقدماتی کیا بودند غیر پزشک و پرستار و مالیها بودند به شبهه برائشون دستورالعمل رفت که از فردا اینچنین کنین و اونچنین خوب همیشه اینا اونجور که باید آماده نبودند حالا ما از دانشگاههای خوب بودیم که تونسیم خودمونو جم و جور کنیم برخی دانشگاهها حتا در سطح ارشد موندن بودند." (م. ۳۰)

از دیگر چالش‌های اجرای طرح از دیدگاه افراد، کافی نبودن و یکسان نبودن اطلاع‌رسانی در خصوص طرح بود که باعث شد برخی جنبه‌های اجرایی طرح کم‌رنگ‌تر دیده شود. براساس تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان همین امر سبب شده بود طرح تحول سلامت صرفاً محدود به همان بسته‌های معرفی شده ۱۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ شود.

"اعتقاد ما براینه که برای اجرا وقت درست مدیریت نشد برخی جاها خوب تبلیغ شد، تو صدا و سیما پخش شد و از این کارای اطلاع‌رسانی ولی نه برای همش و این تصویر خوبی از طرح تحول به جا نگذاشت." (م. ۶)

"وقتی می‌برسیم طرح تحول چی هست اغلب همون دستورالعملایی که درمان داد را میگن و جالبه از اوم هم چنتاشا خوب میدونن کاهش بستری و زایمان و مقیم و ماندگاری طرح شده همین و این نشون میده اجرا خوب عمل نشده." (م. ۱۳)

دو چالش جدی دیگر اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کمبود منابع انسانی متخصص و ناامید بودن از استمرار و تداوم اجرای طرح بود.

"بین چی شد اینجوری که ما داشتیم کارهامون میکردیم اینها که تو تحول ابلاغ شد یعنی مازاد بر فعالیتهای جاری میدونین یعنی چی یعنی اضافه بار و چاره‌ای نبود همیشه روز را زیاد کرد الان مدتهاست وظایف روتین افراد رفته کنار و این برای یکی سیستم سلامت مطلوب نیس." (م. ۱۵)

"حقیقتش وقتی میگن اجرای طرح تحول چه نقصی داره من در سطح یک رییس دانشگاه میگم آینده و پایداری طرح واقعا معضله الان برای مردم برای ارائه دهنده انتظار ایجاد شده همیشه دیگه برگردیم جای اولمون." (م. ۳۶)

۶-۳-۴- ارزشیابی طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

اگرچه قبل از اجرای طرح تحول سلامت حوزه درمان، سازوکار خاصی برای ارزیابی وضعیت موجود قبل از اجرای طرح دیده نشده بود، اما آنچه از مستندات عملکردی موجود برمی آید، وضعیت حوزه درمان کشور در ابعاد مختلف عملکردی و دستیابی به اهداف در گزارش‌های مطالعاتی انجام شده در کشور (۵۴، ۸۹-۹۲) در قالب نشانگرهای متعددی احصا شده بود.

"اینکه آیا قبل از استارت طرح تحول بیسلائیتهای درمان برای کل کشور استخراج شده باشد نه چنین چیزی نبوده ولی خب وضعیت درمان تقریباً مشخص بود هم تو پیش نویسهایی که برای برنامه‌های درمان تهیه شده بود و هم شاخصهای مهم درمانی کشور مثل مثلاً تراکم پزشک و پرستار، تعداد تخت و البته مهمتر پرداختی مردم اونم از گروههای فقیر جامعه زیاد بود و هزینه‌ها کم‌رشدن بودند." (م. ۱۵)

بررسی مستندات مربوط به دستورالعمل‌های طرح تحول سلامت در حوزه درمان (۱۰۳) و نیز توضیحات مشارکت‌کنندگان مطالعه نشان می‌دهد در زمان تدوین سیاست برای پایش و ارزیابی اجرای سیاست تمهیداتی در نظر گرفته شد و به موازات پیشرفت طرح نیز راهکارهایی برای تقویت پایش و ارزیابی سیاست اتخاذ گردید. مجموع این تمهیدات در سه سطح بین‌المللی، ملی و استانی در دو بخش درون و برون سازمانی تقسیم‌بندی گردید.

در سطح بین‌المللی، نظارت به صورت ارزیابی گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت بود. این ارزیابی که در سال اول اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان، سال ۱۳۹۴، بوده است به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دعوت این وزارت انجام گردیده است. در ارزیابی این گروه از کارشناسان، با برگزاری جلسه‌های تبادل نظر و بازدیدها از بیمارستان‌های مجری طرح تحول، دستاوردهای اجرای طرح شناسایی و ضمن ارزیابی آنها، حرکت کشور به سمت اهداف تدوین شده جهانی رصد گردید. همچنین با توجه به وضعیت آن زمان اجرای طرح، توصیه‌هایی برای انجام در مراحل بعدی طرح ارائه شد. برون‌داد نتایج ارزیابی بین‌المللی در قالب گزارشی مکتوب به اطلاع وزارت بهداشت رسانده شد (۱۰۴). این ارزیابی اگر چه توانست در شناسایی وضعیت موجود اجرای طرح تحول سلامت کشور کارگشا باشد، ولی به بیان برخی از مشارکت‌کنندگان کشور آمادگی برای انجام چنین ارزیابی نداشت.

"سال پیش که آمدن برای ارزیابی آمادگی نداشتیم هیچ مستنداتی کامل نبود و خوب عجله ای بود برای همین اونطوری که باید از این ارزیابی وجود این ارزیابان استفاده نشد باید وقتی آماده میشدیم دعوت میکردیم می‌آمدند ببینن چه کرده این و کمک و ادوایز بدن." (م. ۳۴)

در سطح ملی نظارت درون‌سازمانی، از همان ابتدای اجرای طرح و در زمان تدوین طرح، پیش‌بینی شده بود ارزیابی سیاست به صورت پایش و ارزیابی توسط ستاد مرکزی طرح تحول سلامت مستقر در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام گیرد. این ستاد، پایش را از طریق راه‌اندازی سامانه‌های ثبت اطلاعات مانند سامانه‌های سپاس (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایران)، سجاد (سامانه جامع اطلاعات درآمد اختصاصی)، تشکیل کمیته نظارت،

استقرار سامانه ثبت رسیدگی و پاسخگویی به شکایات به صورت کشوری، راه‌اندازی ستادهای نظارت بر تعرفه‌های پزشکی، سامانه ۱۶۹۰، بازدیدهای ادواری از دانشگاه‌های قطب و مراکز مجری سیاست و استقرار و راه‌اندازی سامانه تحول نظام سلامت انجام داد. انعکاس نتایج ارزیابی در این سطح در قالب تهیه گزارش‌های عملکردی ماهانه، فصلی و سالانه و ارائه آن به مراجع بالادستی دیده شده بود.

"درسته مطالعه پایه ای برای طرح تحول درمان نداشتیم ولی همزمان با استارت طرح خیلی فعال و مجدانه پایش شروع شد. میدونید چک لیستهایی هم تهیه شده بود و برای بعضی برنامه ها خیلی زود پس از شروع برنامه تدوین شد و با اینا میرفتن برای ارزیابی خیلی مواقع هم اصلا از همین جا با چنتا دکه و فرمان وضعیت رصد میشد." (م. ۱۷)

در سطح ملی در کنار این نظارت درون‌سازمانی، پایش و ارزیابی برون‌سازمانی دیگری نیز برای ارزشیابی اجرای سیاست وجود داشت که به صورت منظم توسط وزارت کشور، وزارت تعاون رفاه و تأمین اجتماعی، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، مرکز آمار ایران و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران انجام می‌گرفت. گزارش‌های این ارزیابی‌ها نیز به صورت مکتوب و البته پراکنده منتشر شده بود.

"اگر بخاهیم بگیم ارزیابی درسته حالا غیر از اینکه خودمون ببینیم چکار کردیم بهتره از بیرون بخاهیم بیان ارزیابی یکی از قوت‌های طرح تحول همینکه که این بازرسیهایی که از خارج شده همون مطالعات مثلا بانک مرکزی یا رضایت سنجی یا همون کارایی که موسسه خودتون انجام میده اینا اومد طرح را اودیت کرد و خب نتایج را هم گفت." (م. ۶)

در سطح استانی ساختارهای پایش و ارزیابی درون‌سازمانی شامل کمیته ویژه نظارت در دانشگاه‌های علوم پزشکی و کمیته اجرایی واحدهای مجری بودند. کمیته ویژه نظارت دانشگاه با بازدید زمان‌بندی شده از واحدهای مجری سیاست، تکمیل چک‌لیست‌ها و فرم‌های مخصوص بازدید و تشکیل جلسات کمیته برای تحلیل نتایج پایش و ارزیابی‌ها وظیفه نظارت را انجام می‌داد. در واحدهای محیطی مجری سیاست نیز پایش و ارزیابی توسط کارشناسان خود واحدهای مجری با استفاده از چک‌لیست‌های طراحی شده، صورت می‌گرفت و نتایج آن در جلسات داخلی واحد مجری تحلیل می‌شد.

برای ما تو دانشگاهها همون موقع که دستورالعمل‌ها آمد پشتش هم چک لیست بود برای هر دستورالعمل و برای بیمارستانا جز به جز سوال شده بود و همه را زیر ذره بین گذاشته بودن سخت بود و البته یکم بضیا جاهاش ایراد داشت ولی در کل خوب بود و میشد فهمید چکار داره میشه." (م. ۳۶)

با وجودی که براساس مستندات و سخنان مشارکت‌کنندگان برای ارزشیابی طرح تحول سلامت راهکارهایی تعبیه شده بود، به نظر می‌رسد این بعد از سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت نیز با کمبودهایی روبرو بود. مهم‌ترین کمبود عدم توجه به موضوع پایش و ارزیابی طرح به صورت جامع و کامل از همان ابتدای مرحله تدوین طرح و نبود چارچوبی جامع و کامل برای پایش و ارزیابی طرح بود. البته با گذشت زمان و احساس نیاز به چنین فعالیتی، تصمیم‌گیری برای واگذاری مسوولیت پایش و ارزیابی طرح به موسسه ملی تحقیقات سلامت در دستور کار قرار گرفت.

"یکم که گذشت متوجه شدند باید فکری برای ارزیابی طرح کرد نمیشد از داخل وزارت خانه انتظار داشت این ارزیابی را انجام دهد و نمیشد هم هرکس اینکار را از عهدش بریاد. برای همین در یکی از جلسات شورای معاونین تصمیم گرفتند مسوولیت ارزیابی طرح را بسپارن به موسسه ملی." (م. ۱۷)

دیگر محدودیت مربوط به تأمین منابع انسانی لازم برای انجام ارزشیابی و تهیه گزارش‌های تحلیلی بود. به گفته مشارکت‌کنندگان اجرای طرح خود زمانبر بوده و نیاز به صرف وقت داشت. مسوولیت ارزیابی و تحلیل وضعیت عملکردی نیز در جای خود زمانبر و مستلزم صرف وقت بوده است. این در حالی بوده که همزمان هر دو مسوولیت برعهده افراد قرار گرفته بود و موضوع ارزیابی کامل را متاثر ساخته بود.

"اصلاً وقت نمیشد نه در وزارت و نه در دانشگاهها و بیمارستانا برن ببین چه کرده اند خیلی سخت بود یعنی فشرده همینایی هم که تهیه شده استخراج شده و ایکاش برای ارزیابی طرح برنامه مدونی داشتن." (م. ۷)

چالش سوم ارزشیابی سیاست به موضوع نوع ارزیابی‌های طرح تحول سلامت در حوزه درمان اختصاص داشت. به نظر مصاحبه‌شوندگان بیشتر گزارش‌های ارزشیابی طرح بر اندازه‌گیری و مقایسه نشانگرهای درون‌دادی و برون‌دادی‌های کوتاه‌مدت مداخلات طرح تحول متمرکز بود و کمتر به اندازه‌گیری‌ها و تحلیل‌های جامع‌تر خصوصاً در بعد اثرات اقتصادی و اجتماعی طرح بود.

"شما بردارید این گزارشهای ارزیابی و تحلیلی را ببینید همش شاخصاست اونم شاخصهایی که روش کار شده اینا خوبه ولی ما در سطح کلان به بیشتر از اینا نیاز داریم باید ببینیم آیا این مسیری که رفتیم از نظر مالی میصرفید آیا بهتر نبود جای دیگه سرمایه‌گذاری می‌کردیم؟" (م. ۳۴)

۷. ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

تحلیل داده‌ها در خصوص شناسایی ذینفعان طرح تحول در حوزه درمان کشور و ویژگی‌های آنها، شناسایی ۲ تم و ۳ زیرتم موضوع کلیدی را به همراه داشت (جدول ۵).

جدول ۵- تم‌ها و زیرتم‌های شناسایی شده ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

زیر تم	تم	جز چارچوب
-	شناسایی و تعیین نقش	ذینفعان طرح تحول سلامت
میزان علاقه ذینفعان	ویژگی‌های ذینفعان	
میزان نفوذ و قدرت ذینفعان		
موضع ذینفعان		

۷-۱- شناسایی ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور و نقش آنها

همانگونه که پیشتر اشاره شد سلامتی موضوعی چندبعدی است و ذینفعان و بازیگران متعددی درگیر طراحی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف مربوط به تأمین، حفظ و ارتقای آن هستند. در خصوص طرح تحول سلامت در بخش درمان نیز بررسی اسناد و شواهد (صورتجلسه‌های مختلف، نامه‌ها، ابلاغ اعضای کمیته‌ها و ...) گویای حضور ذینفعان گوناگونی است که برخی مشارکت فعال‌تری داشته و فعالیت برخی دیگر کمتر بوده است. تعدادی از ذینفعان نیز شناسایی شدند که باوجود پتانسیل مناسب برای فعالیت حضوری غیرفعال داشتند. براساس همین شواهد مهم‌ترین بازیگر عرصه سیاست-گذاری تحول سلامت در حوزه درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور بود که نقش اصلی در تولید امور حوزه درمان، تأمین منابع مالی،

ارائه خدمات و تولید منابع را برعهده داشت. دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری سلامت وزارت، حوزه معاونین و مشاورین وزارت، دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان، اداره امور آزمایشگاه‌های مرجع، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور، مرکز بودجه و پایش عملکرد در حوزه وزارت از اصلی‌ترین بازیگران درون‌سازمانی درگیر در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در بخش درمان بودند و فعالانه در برنامه‌ریزی‌ها و هماهنگی‌های مربوطه مشارکت داشتند. از دیگر بازیگران درون-سازمانی، دانشگاه‌های علوم پزشکی بودند که با ارائه راهکارها و نظرهای سازنده در سطح عملیاتی در راستای تقویت سیاست‌گذاری طرح تحول نقش داشتند.

مهم‌ترین گروه بازیگران و ذینفعان در حوزه برون‌سازمانی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و به ویژه سازمان‌های مهم بیمه پایه سلامت (بیمه سلامت ایرانیان و تأمین اجتماعی) بود که نقش مهمی در تدوین سیاست‌های مرتبط با بیمه سلامت داشتند. سازمان نظام پزشکی و پرستاری کشور، از دیگر ذینفعان برون‌سازمانی طرح تحول بودند که سطح مشارکت آنان در فرایند سیاست‌گذاری بالا ارزیابی شد. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، هیأت دولت و مجلس شورای اسلامی با ایفای نقش خود در زمینه تصویب قوانین و برنامه‌ها و اختصاص بودجه‌های لازم، قوه قضائیه به سبب ایفای نقش در زمینه برخورد قانونی با متخلفین حوزه خدمات درمانی و سازمان صدا و سیما با تولید محتواهای آموزشی و اطلاع‌رسانی نمونه‌های دیگر ذینفعان برون‌سازمانی فعال عرصه بودند. همچنین در مدارک و مستندات نشانی از مشارکت محدود سمن‌ها، برخی از انجمن‌های صنفی و مردم‌نهاد، خبرنگار، محققان و اساتید دانشگاه در مشاوره، تولید شواهد و مشارکت در سیاست‌گذاری دیده شد. مردم نیز یکی از مهم‌ترین ذینفعان طرح شناخته شدند که به نظر می‌رسید در حالیکه از پتانسیل‌های خوبی برای مشارکت در تولید شواهد، سیاست‌گذاری و مشاوره در اجرا بهره‌مند بودند، مشارکت فعالی نداشتند و لازم است در سیاست‌گذاری‌های آتی بدان توجه شود. سازمان بهداشت جهانی هم یکی دیگر از ذینفعان برون‌سازمانی در سطح بین‌المللی شناسایی شد که در راستای اطمینان از همسویی برنامه‌های کشور با برنامه‌های جهانی در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان تا حدودی درگیر بود.

۷-۲- ویژگی‌های ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

ویژگی‌های ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور در سه محور میزان علاقه به درگیر شدن در موضوع، نفوذ و قدرت ذینفعان و موضع آنها قابل تبیین است. در محور میزان علاقه به درگیر شدن در موضوع براساس شواهد و مستندات موجود سطح علاقه متفاوتی از سوی ذینفعان شناسایی شد. به نحوی که سطح زیاد علاقه در وزارت بهداشت، با توجه به ضرورت حل مشکلات خدمات درمانی کشور و نیاز به خروج از انجماد و ایجاد تحولی در این دسته از خدمات جهت بهبود و اصلاح نظام سلامت کشور مشاهده شد. همچنین دو نهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و هیأت دولت نیز با توجه به اهمیت توجه به سلامت به عنوان یکی سیاست اجتماعی و قرار داشتن موضوع ارتقا سلامت در فهرست اهداف دولت علاقه زیادی به موضوع را نشان دادند. از دیگر ذینفعان علاقه‌مند مجلس شورای اسلامی شناخته شد که به نظر می‌رسد درک اهمیت و ضرورت پاسخدهی به خواسته‌ها و انتظارات جامعه در خصوص دریافت خدمات درمانی باکیفیت دلیل این علاقه باشد. مردم به دلیل مطالباتی که از دولت برای ارائه خدمات سلامت موردنیازشان با هزینه متناسب داشتند و سازمان جهانی بهداشت به دلیل همسویی برنامه به اهداف جهانی تعیین شده سطح علاقه زیادی را ثبت

نمودند. به غیر از قوه قضائیه که به نظر علاقه کمی به موضوع داشت، دیگر ذینفعان برنامه (شامل وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، سازمان نظام پزشکی و پرستاری، سازمان صدا و سیما و انجمن‌های و سمن‌ها) علاقه متوسطی به درگیر شدن در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت داشتند.

در محور نفوذ و قدرت ذینفعان که ناظر بر میزان منابع و قدرت در بکارگیری و استفاده از منابع توسط ذینفع است، شواهد نشان از آن داشت تنها سه نهاد مجلس شورای اسلامی، هیأت دولت و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور دارای قدرت زیادی در مقایسه با بقیه ذینفعان بودند. به نظر می‌رسد این قدرت زیاد به دلیل در اختیار داشتن منابع مالی و اختیار توزیع آن و مرجعیت تصویب قوانین و برنامه‌ها باشد. سایر ذینفعان سیاست با توجه به نداشتن منابع مالی و امکان تأثیرگذاری مستقیم بر سایر حوزه‌ها از سطح قدرت متوسطی برخوردار بودند.

آخرین محور ویژگی ذینفعان به موضع آنها از منظر حمایت مربوط می‌شد که با توجه به اظهارات و اسناد موجود، وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، هیأت دولت، مجلس شورای اسلامی، مردم و سازمان جهانی بهداشت موضع حمایتی بالایی را از برنامه نشان دادند، حمایت متوسط در ذینفعان وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، سازمان نظام پزشکی و پرستاری، سازمان صدا و سیما و انجمن‌های و سمن‌ها دیده شد، حمایت پایین تنها در سازمان‌های بیمه‌گر گزارش گردید و موضع قوه قضائیه نیز خنثی ارزیابی شد.

در جدول ۶ خلاصه‌ای از وضعیت ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور نمایش داده شده است.

جدول ۶- ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

نام	نقش	حضور	میزان مشارکت	علاقه به موضوع	نفوذ و قدرت	موضع
وزارت بهداشت	تولیت امور حوزه درمان، تأمین منابع مالی، ارائه خدمات و تولید منابع	حاضر	بالا	زیاد	متوسط	حمایتی بالا
وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی	تأمین منابع مالی، ارائه خدمات و تولید منابع	حاضر	متوسط	متوسط	زیاد	حمایتی متوسط
سازمان نظام پزشکی	حمایت و پشتیبانی از برنامه و همکاری در اجرای موثر	حاضر	بالا	متوسط	متوسط	حمایتی متوسط
سازمان نظام پرستاری	حمایت و پشتیبانی از برنامه و همکاری در اجرای موثر	حاضر	بالا	متوسط	متوسط	حمایتی متوسط
سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور	تأمین منابع مالی، حمایت و پشتیبانی برنامه از	حاضر	متوسط	زیاد	زیاد	حمایتی بالا
هیأت دولت	تأمین منابع مالی، حمایت و پشتیبانی از برنامه	حاضر	بالا	زیاد	زیاد	حمایتی بالا
مجلس شورای اسلامی	تأمین منابع مالی، حمایت و پشتیبانی از برنامه	حاضر	متوسط	زیاد	زیاد	حمایتی بالا
قوه قضائیه	حمایت و پشتیبانی از برنامه	حاضر	کم	کم	کم	خنثی
سازمان صدا و سیما	حمایت و پشتیبانی از برنامه	حاضر	متوسط	متوسط	متوسط	حمایتی متوسط
انجمن‌های و سمن‌ها	حمایت و پشتیبانی از برنامه و همکاری در اجرای موثر	حاضر	متوسط	متوسط	متوسط	حمایتی متوسط
مردم	حمایت و پشتیبانی از برنامه و همکاری در اجرای موثر	غایب	بالا	زیاد	متوسط	حمایتی بالا
سازمان‌های بیمه‌گر	تأمین کننده منابع مالی سلامت، ارائه دهنده خدمات سلامت، گسترش پوشش جمعیتی	حاضر	بالا	متوسط	متوسط	حمایتی پایین
سازمان جهانی بهداشت	حمایت و پشتیبانی از برنامه	حاضر	متوسط	زیاد	متوسط	حمایتی متوسط

۸. شواهد پشتیبان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

در تحلیل داده‌ها در خصوص شواهد پشتیبان سیاست‌گذاری طرح تحول در حوزه درمان کشور ۲ تم و ۵ زیرتم موضوع کلیدی را به همراه داشت (جدول ۷).

جدول ۷- تم‌ها و زیرتم‌های شناسایی شده شواهد سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

زیرتم	تم	جز چارچوب
مستندات قانونی	نوع شواهد	شواهد پشتیبان طرح تحول
گزارش‌های علمی		
گزارش‌های رسمی		
استفاده برای برنامه‌ریزی	استفاده از شواهد	
استفاده برای ارزیابی		

بررسی‌ها و تحلیل‌ها نشان داد در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، شواهد پشتیبان لازم تا آنجا که محدودیت‌های موجود اجازه می‌داده، تهیه و تولید شده است. تولید و تهیه این شواهد از نکاتی بود که بیشتر مطلعین در صحبت‌های خود بدان اشاره داشتند و مستندات موجود نیز حکایت از این امر داشت. این شواهد تولید شده گستره‌ای از شواهد مستند و مکتوب قانونی (سند چشم‌انداز ایران، نقشه جامع سلامت، برنامه‌های توسعه کشور، سیاست‌های ابلاغی رهبری، مصوبه‌ها و ابلاغیه‌ها)، شواهد علمی (مطالعات مروری برنامه‌های تحول کشورهای ترکیه، تایلند، چین و ...، مطالعات ارزیابی وضعیت درمان در کشور، مطالعات مربوط به چالش‌های ارائه خدمات درمانی در کشور)، شواهد مکتوب رسمی (گزارش‌های عملکردی حوزه درمان وزارت بهداشت و بیمه‌های پایه سلامت، مطالعات حساب‌های ملی سلامت، مطالعات بهره‌مندی، دسترسی و پوشش خدمات سلامت در کشور) تا شواهد غیررسمی (سخنرانی‌ها، جلسات و ...) متغیر بود.

یکی از نکات برجسته و قابل توجه در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور که از سوی بسیاری از افراد و صاحب‌نظران اعلام شد، موضوع استفاده مداوم از این شواهد برای انجام تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری بود. برخی از این شواهد نیز به بیان مشارکت‌کنندگان برای سنجش میزان پیشرفت و ارزیابی اثرات طرح مورد استفاده قرار می‌گرفت.

۹. محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

تحلیل داده‌های مربوط به محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور منجر به شناسایی ۳ تم شد (جدول ۸).

جدول ۸- تم‌ها و زیرتم‌های شناسایی شده محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

زیر تم	تم	جز چارچوب
-	معرفی برنامه‌ها	محتوای طرح تحول سلامت
-	اهداف برنامه‌ها	
-	محتوای برنامه‌ها	

محتوای یک سیاست، معرف ماهیت آن سیاست است که اجزای سازنده‌اش را به تفصیل بیان می‌کند. محتوای سیاست به هدف کلی سیاست و یا مجموعه‌ای از اهداف و اقدامات خاص برنامه‌ریزی شده برای دستیابی به آن اهداف اشاره دارد و تحلیل محتوای سیاست یکی از ارکان اصلی تحلیل سیاست‌گذاری است (۱۷). با توجه به اهمیت تحلیل محتوای سیاست، در این قسمت تلاش می‌شود ابتدا اهداف و محتوای کلی طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور تبیین و سپس با استفاده از اهرم‌های کنترل اصلاحات نظام سلامت و تقسیم‌بندی مداخلات مربوط، جهت‌گیری محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور مشخص گردد.

۹-۱- معرفی برنامه‌های طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

با توجه به تکالیف، وظایف و مأموریت‌های تعیین شده در اسناد بالادستی برای فعالیت حوزه درمان و به منظور حل مشکلات ارائه خدمات درمانی کشور و کاهش نگرانی‌های این حوزه، متولیان سلامت کشور در حوزه درمان با الگوگیری از مدل جهانی پوشش همگانی سلامت (UHC) که بر سه موضوع پوشش جمعیت، پوشش خدمات و محافظت مالی مردم تأکید ویژه داشت، برنامه‌های تحول سلامت در حوزه درمان را در قالب بسته‌های تحول طراحی نمودند. اهداف کلان تعیین شده برای این برنامه‌ها، شامل چهار هدف افزایش پوشش جمعیت، محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های درمانی، بهبود عدالت در دسترسی به خدمات درمانی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات بود. طراحی برنامه در هر بسته، به نحوی بود که اجرای موفق هر یک می‌توانست علاوه بر دستیابی به اهداف اختصاصی خود برنامه، پوشش‌دهنده یک یا بیش از یک هدف کلان پیشگفت باشد. از میان ۱۶ برنامه پیشنهادی اولیه برای تحول سلامت در حوزه درمان، ۹ برنامه به تصویب هیأت محترم دولت رسید که در گام اول اجرای طرح، دستورالعمل‌های آن تهیه و ابلاغ گردید و دو برنامه نیز در گام‌های دوم و سوم تهیه و ابلاغ شد. در ادامه محتوا و اهداف هر یک از این برنامه‌ها تشریح می‌شود.

۱- برنامه پوشش بیمه‌ای ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت: شواهد نشان می‌دهد با وجود تلاش‌هایی که در کشور برای پوشش بیمه‌ای جمعیت انجام گرفته بود، متأسفانه در حالیکه بخشی از جمعیت تحت پوشش همزمان بیش از یک بیمه بودند، درصدی از جمعیت فاقد پوشش هر نوع بیمه‌ی سلامت بود (۱۰۵) و همین امر بهره‌مندی این گروه از جمعیت را از خدمات سلامت متأثر می‌ساخت (۱۰۶). فلذا در راستای دستیابی به هدف کلان افزایش پوشش جمعیت، برنامه پوشش بیمه‌ای افراد فاقد بیمه پایه سلامت طراحی شد. براساس این برنامه سازمان بیمه سلامت ایرانیان مکلف شد همه ایرانیان فاقد پوشش بیمه پایه که برای دریافت خدمات درمانی به بیمارستان‌های مشمول اجرای طرح (بیمارستان‌های

وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و بیمارستان‌های غیردولتی شهر یا شهرستان‌های فاقد بیمارستان دولتی) مراجعه می‌کنند را طی مراحل خاص اداری و به صورت رایگان (با استثنای پرداخت جزئی هزینه‌های اداری) بیمه نماید. سازوکار و نحوه ارائه خدمات به این گروه از بیمه‌شدگان، مشابه سایر بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران تعیین شد و مقرر گردید جهت ثبت اطلاعات این گروه، پایگاه اطلاعات بیمه‌ای خاصی با نام پایگاه اطلاعات بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت راه‌اندازی و اطلاعات افراد در این پایگاه وارد شود. منابع مالی اجرای این برنامه نیز از محل ۱٪ ارزش افزوده و هدفمندسازی یارانه‌ها در نظر گرفته شده بود.

۲- برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: این برنامه از اصلی‌ترین برنامه‌های تحول سلامت در حوزه درمان بود و تلاش داشت از طریق ساماندهی زنجیره تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در پرداخت هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های مشمول طرح دو هدف کلان محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های درمانی و بهبود عدالت در دسترسی به خدمات درمانی را تأمین نماید. براین اساس بیمارستان‌های مشمول طرح مکلف شدند همه خدمات تشخیصی و درمانی، دارو، تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی که فهرست آن‌ها تعیین و اعلام شده بود را به تمامی مراجعین بستری (که با توجه به اجرای برنامه نخست همگی دارای پوشش بیمه پایه سلامت بودند) در همان بیمارستان و یا در زنجیره تأمین، با در نظر داشتن سقف اعتباری تعیین شده، ارائه نمایند. در ازای ارائه این خدمات، بیماران واجد بیمه پایه سلامت تنها باید ۶٪ هزینه‌های بستری را که در صورت حساب بیمارستان براساس تعرفه‌های مصوب مشخص شده بود، پرداخت می‌کردند. این درصد برای روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع مراجعه می‌کردند، ۳٪ تعیین شده بود. لازم به ذکر است اجرای برنامه با تعهدات شرکت-های بیمه تجاری در قبال قراردادهای بیمه مکمل درمان منافاتی نداشت و تغییراتی را در سازوکارهای این نوع از بیمه‌ها ایجاد نمود. به منظور سهولت در اجرای برنامه و جلوگیری از سردرگمی در اجرا، در این برنامه بسته خدمات مختلف دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی و خدمات درمانی و تشخیصی در دو گروه خدمات تحت و خارج از پوشش بیمه پایه معین گردیده بود. لازم به ذکر است تعیین این خدمات در ابتدای طراحی برنامه با استفاده از نظرها و پیشنهادهای کارشناسان مربوط در هر حوزه و طی برگزاری جلسات مختلف صورت گرفته و پس از اجرای برنامه، بسته به نیاز و نیز ارائه بازخوردهای مجریان برنامه تغییراتی را تجربه کرده است. همچنین در راستای شفاف‌سازی گردش مالی و تعیین وضعیت دریافت و پرداخت، مقرر شده بود کلیه اطلاعات مربوط به خدمات ارائه شده به بیمار در بیمارستان و یا خارج از آن به تفکیک نوع خدمت، سهم بیمه پایه، سهم یارانه سلامت، سهم دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی خارج از پوشش بیمه پایه که براساس فهرست اعلامی از ستاد اجرایی دانشگاه در داخل بیمارستان تأمین شده‌اند، سهم خدمات تشخیصی درمانی ضروری خارج از پوشش بیمه، سهم بیمه تکمیلی و سهم بیمار ثبت و در زمان‌های مقرر به سامانه‌ی جامع اطلاعات درآمد اختصاصی بیمارستان (سجاد) و سامانه‌ی پرونده الکترونیکی سلامت (سپاس) ارسال نمایند. محل تأمین منابع مالی اجرای برنامه از محل اعتبارات برنامه تحول در نظر گرفته شده بود. پرداخت اولیه به دانشگاه‌های مجری طرح براساس جدولی صورت می‌گرفت که با توجه به فعالیت بیمارستان‌های تابعه هر دانشگاه، سقف اعتبار آن مشخص شده بود و به حساب بیمارستان‌ها واریز می‌شد. اما پرداخت‌های بعدی براساس گزارش‌های عملکردی هر دانشگاه و نیز گزارش رسیدگی به

اسناد پزشکی از سوی سازمان بیمه سلامت انجام می‌شد. رعایت نظام ارجاع برای بیماران دارای برگه ارجاع، تاکید بر استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی جهت مدیریت بهتر اطلاعات و تبادل اسناد و مدارک، ارزیابی برنامه براساس شیوه‌نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه، راه-اندازی سامانه پاسخگویی شبانه‌روزی ۱۵۹۰ و توجه به مکانیزم‌های مختلف اطلاع‌رسانی عمومی از دیگر مواردی بود که در حین طراحی محتوای برنامه بدان توجه شده بود.

۳- برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم: کمبود منابع انسانی متخصص و به ویژه پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته کشور یکی دیگر از دغدغه‌های مزمن نظام سلامت در حوزه درمان بود که به دلیل عدم تمایل و انگیزه فعالیت این گروه از منابع انسانی در این مناطق، معمولاً دشواری‌های را برای دریافت خدمات درمانی موردنیاز جمعیت ساکن در مناطق محروم ایجاد می‌کرد و شاخص‌های عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت را تحت‌الشعاع قرار می‌داد. همچنین ناکافی بودن پرداخت‌های منابع انسانی در این مناطق باعث رواج پدیده زیرمیزی و در نهایت افزایش سهم پرداختی مردم برای خدمات سلامت می‌شد. بر این اساس در سومین برنامه از مجموعه برنامه‌های تحول درمان تلاش شد به صورت جدی از جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق محروم حمایت شود و از طریق پرداخت‌های تشویقی در این مناطق و تمام وقت نمودن پزشکان مشمول ضمن افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت در سطح دوم و سوم و اجرای صحیح نظام سطح‌بندی در بخش منابع انسانی و خدمات سرپایی و بستری، سه هدف کلان محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های درمانی، بهبود عدالت در دسترسی به خدمات درمانی و ارتقا کیفیت خدمات درمانی و مراکز ارائه خدمات تأمین گردد. در این برنامه کلیه پزشکان متخصص، فلوشیپ یا فوق تخصص و عمومی شاغل با هر نوع رابطه استخدامی که به صورت تمام وقت جغرافیایی در بیمارستان‌های مشمول مناطق شناخته شده به عنوان مناطق کمتر توسعه یافته فعالیت داشتند، مکلف شدند به صورت ۲۴ ساعته و در ایام تعطیل، صرفاً خدمات خود را در واحدهای درمانی و یا آموزشی درمانی وابسته به وزارت بهداشت ارائه نمایند و از هرگونه فعالیت در مطب‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز جراحی محدود، بیمارستان‌های خصوصی و خیریه و دیگر مراکز عمومی غیردولتی خودداری کنند. ضمناً دریافت هرگونه وجهی از بیماران خارج از صورتحساب رسمی بیمارستان از سوی پزشکان منع شده بود. در برنامه ماندگاری جزییات امتیازدهی شهرها براساس معیارهای ضریب محرومیت، درجه بدی آب و هوا، مرزی یا غیرمرزی بودن، جمعیت شهر/شهرستان و امتیاز مربوط به شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و تسهیلات منطقه جهت جذب پزشک مشخص شد و براساس آنها، رتبه‌بندی و گروه‌بندی شهر/شهرستان‌ها انجام گرفت و در نهایت فهرست شهرهای واجد شرایط تهیه شد. این فهرست به صورت سالانه و با توجه به تغییرات مربوطه، بازنگری می‌شود. گروه‌بندی شهرها در کنار مؤلفه‌های عمومی یا متخصص و فوق تخصص بودن پزشک، نوع رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی، حضور فیزیکی و رعایت بسته خدمت حداقلی تعیین شده، مبنای پرداخت ثابت و عملکردی پزشکان مشمول طرح قرار گرفت. در این برنامه سهم بیماران (فرانشیز) در همه شهرهای مشمول صرفاً به صورت ۱ کا تعیین شده بود و اکیداً اخذ هر گونه مابه‌التفاوت تشویقی از بیماران منع گردید. تمهیدی که در این برنامه برای تضمین کیفیت خدمات در نظر گرفته شده بود، تدوین معیارهایی برای ارزیابی عملکرد پزشکان مشمول بود که براساس آن عملکرد پزشکان در مقاطع تعیین شده (حداقل هر سه ماه یک بار) ارزیابی می‌شد و نتیجه آن در میزان پرداختی به آنها انعکاس داده می‌شد. انجام به موقع

ویزیت بیماران، تعیین تکلیف بیماران اورژانس در حداقل زمان ممکن، حضور به موقع در اتاق عمل و طی انجام عمل جراحی اورژانس بر بالین بیمار، رعایت اندیکاسیون‌های بستری بیماران در بخش‌ها، رعایت راهنماهای بالینی، حضور فیزیکی در مرکز درمانی، انجام مقیمی و آنکالی حسب نیاز، کارکرد کمی (تعداد عمل، تعداد ویزیت و ...)، کمیت و کیفیت فعالیت‌های آموزشی اعضای بالینی هیأت علمی، میزان رضایت فراگیران از عملکرد اعضای هیأت علمی بالینی، حضور در کمیته‌های بیمارستانی و مشارکت در نظام ارجاع بیماران مهم‌ترین معیارهای ارزیابی عملکرد پزشکان تعیین شده بود. محل تأمین منابع مالی اجرای برنامه از محل اعتبارات برنامه تحول در نظر گرفته شده بود. در برنامه مقرر شد اعتبارات موردنیاز با توجه به فهرست شهرهای محروم و براساس عملکرد مراکز مشمول پرداخت تعیین و پرداخت شود و سقف آن نیز بر اساس تعداد پزشک متخصص موجود و موردنیاز، تعداد تخت بیمارستانی فعال در شهر مشمول و آموزشی یا درمانی بودن بیمارستان مشمول انجام گیرد. از دیگر موارد اشاره شده در محتوای برنامه، نحوه برخورد با تخلف پزشکان (دریافت وجه اضافی و خارج از مسیر رسمی و فعالیت در بخش غیردولتی)، بیمارستان و دانشگاه و توجه و اهتمام به ارزیابی برنامه براساس شیوه‌نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه بود.

۴- برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: یکی دیگر از کمبودهای حوزه ارائه خدمات درمانی در کشور، عدم حضور پزشکان متخصص در ساعات عصر و شب و روزهای تعطیل در بیمارستان‌های سراسر کشور بود که در نتیجه آن کیفیت ارائه خدمات درمانی مورد نیاز و مناسب در برخی ساعات شبانه‌روز تقلیل می‌یافت و زمینه برای بروز خطاهای پزشکی و تهدید ایمنی و سلامتی بیمار را مساعد می‌نمود. این تهدید به ویژه در مواقع اورژانسی بیشتر می‌شد و نظام سلامت را در پاسخگویی به نیازهای سلامتی مردم قاصر می‌کرد. بر این اساس، یکی از برنامه‌های تحول سلامت در حوزه درمان ساماندهی حضور این گروه از منابع انسانی سلامت را هدف‌گیری نمود و تلاش داشت از طریق افزایش حضور دائم پزشکان متخصص در بیمارستان‌های مشمول طرح، زمینه بهره‌مندی به‌هنگام مردم از خدمات درمانی را فراهم نموده و سهمی در دستیابی به دو هدف کلان بهبود عدالت در دسترسی به خدمات درمانی و ارتقا کیفیت خدمات درمانی و مراکز ارائه خدمات داشته باشد. انتظار می‌رفت اجرای کامل این برنامه ارائه بیمارستان‌های مشمول به صورت ۲۴ ساعته آماده ارائه خدمات درمانی به‌موقع باشند، تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس توسط پزشک متخصص در حداقل زمان ممکن صورت گیرد و رضایت بیماران در زمینه دریافت خدمات موردنیاز در زمان مناسب آن افزایش یابد. برای اجرای برنامه مقرر شد دانشگاه‌های علوم پزشکی از پزشکان متخصص و فوق‌تخصص خود به عنوان پزشک مقیم برای پوشش ۲۴ ساعته در بیمارستان‌های مشمول استفاده نمایند و پزشکان مقیم نیز موظف شدند در تمام مدت زمان مقیمی خود، حضور فیزیکی فعال در بیمارستان‌ها داشته و اقدامات تشخیصی درمانی موردنیاز بیماران را انجام دهند. در برنامه جزئیات تعداد و نوع تخصص‌های موردنیاز برای مقیمی با توجه به نوع و اندازه بیمارستان‌ها و اختیاراتی که برای تغییر آن به دانشگاه مربوطه داده شده بود، شرایط و الزامات مربوط به نوبت کاری پزشکان مقیم، تنظیم برنامه‌های مقیمی و نیز پیاده‌سازی تمهیدات لازم برای اقامت پزشکان تعیین شد. همچنین مبلغ حق‌الزحمه پزشک مقیم، که مازاد بر حقوق و مزایا و کارانه پزشک بود، به ازای هر شب مقیمی در سال پایه تعیین شد و مبالغ مربوط به سال‌های بعدی متعاقباً به دانشگاه‌ها اعلام گردید. مشابه برنامه ماندگاری پزشکان، در این برنامه نیز ارزیابی عملکرد پزشکان براساس معیارهای از پیش تعریف شده برای ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده لحاظ گردید.

محل تأمین منابع مالی اجرای برنامه از محل اعتبارات برنامه تحول در نظر گرفته شده بود. در محتوای برنامه اشاره شد اعتبارات لازم برای اجرای برنامه در ابتدای اجرای برنامه براساس فهرست رشته‌ها و تعداد پزشکان موردنیاز هر مرکز که توسط دانشگاه تعیین و اعلام می‌شود، به صورت سه ماهه پیش‌پرداخت می‌گردد و تخصیص‌های بعدی با توجه به گزارش‌های عملکردی مراکز انجام می‌گیرد. توجه به ارزیابی برنامه براساس شیوه‌نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه و نیز چگونگی برخورد با پزشکان مقیم متخلف (عدم حضور در مرکز بدون هماهنگی و تعیین جایگزین) و بیمارستان‌های سهل‌انگار در رسیدگی به موقع و اعمال مقررات و در صورت نیاز دانشگاه مربوطه از دیگر مواردی بود که در محتوای برنامه پزشکان مقیم لحاظ شده بود.

۵- برنامه ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ بخش عمده‌ای از خدمات درمانی کشور به ارائه خدمات سرپایی مربوط می‌باشد که براساس شواهد موجود به نظر می‌رسد بر عکس خدمات بخش بستری، قوانین و مقررات محدودی داشت و به دلیل گستردگی دامنه فعالیت نظارت مؤثری بر خدمات این بخش صورت نمی‌گرفت. آشفتگی در ارائه خدمات این بخش نه تنها باعث افت کیفیت خدمات درمانی و در نتیجه تهدید سلامتی افراد می‌شد، بلکه به دلیل اهمال‌کاری در انجام معاینه‌ها و تشخیص‌های بالینی منجر به تجویز و انجام اقدامات غیرضروری تشخیصی می‌شد و علاوه بر افزایش سهم پرداخت مستقیم مردم، هزینه‌های بالایی را برای بخش سلامت کشور ایجاد می‌کرد. پیامد نامطلوب دیگری که در بخش خدمات سرپایی دولتی وجود داشت، تمایل پایین و بعضاً عدم تمایل پزشکان به فعالیت در بخش دولتی بود که سبب خروج این افراد از بخش دولتی می‌شد و دسترسی و بهره‌مندی مردم، به ویژه گروهی که قادر به مراجعه به بخش خصوصی نبودند، را کاهش می‌داد. براین اساس در مجموعه برنامه‌های تحول در بخش درمان قرار بر این گرفت در کنار اقداماتی که برای بهبود خدمات بستری انجام می‌شود، بخش سرپایی نیز از نظر دور نماند و تغییراتی نیز برای بهبود وضعیت این بخش طراحی شود. به همین منظور در برنامه پنجم تحول قرار بر این شد با تدوین و رعایت استانداردهای ارائه خدمت ویزیت و پرداخت مابه‌التفاوت قیمت تمام شده خدمت و تعرفه مصوب در کلینیک‌های ویژه ضمن استفاده حداکثری از امکانات در اختیار دانشگاه‌ها، اولاً کیفیت ارائه خدمت ویزیت سرپایی افزایش یابد و از این مسیر رضایت‌مندی مردم بهبود یابد، ثانیاً با متناسب‌سازی حق‌الزحمه ویزیت پزشکان، انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات سرپایی بیشتر شده و در نتیجه با تغییر رفتار پزشکان و تمایل به فعالیت در کلینیک‌های ویژه، به ماندگاری آنها در بخش دولتی کمک شود و ثالثاً نیز فرایندهای آموزشی از مسیر ارتقای کیفیت ویزیت سرپایی بهبود یابد. انتظار می‌رفت با تحقق این موارد در نهایت، سه هدف کلان محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های درمانی، بهبود عدالت در دسترسی به خدمات درمانی و ارتقا کیفیت خدمات درمانی و مراکز ارائه خدمات تأمین گردد. این برنامه بر محور ارائه خدمات سرپایی توسط پزشکان (اعم از هیأت علمی و غیرهیأت علمی) تمام وقت جغرافیایی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی، که فاقد هرگونه فعالیت انتظامی پزشکی بودند، در کلینیک‌های ویژه داخل و خارج (اقماری) بیمارستان‌های دانشگاهی، کلینیک ویژه دانشگاه و کلینیک‌های بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت در نوبت‌های صبح و عصر استوار بود. دریافت هزینه از بیماران مراجعه کننده به این کلینیک‌ها بدون توجه به پوشش بیمه پایه سلامت تنها براساس تعرفه دولتی مصوب ملاک عمل بود؛ به عبارتی مشارکت مردم در پرداخت هزینه‌ها تنها براساس همان مبلغی بود که تعرفه دولتی مصوب اعلام کرده بود. در برنامه همچنین مابه-

التفاوت این تعرفه و قیمت تمام شده خدمت ویزیت به تفکیک شرح خدمت و در نظر داشتن هیأت علمی بودن یا نبودن پزشک مشخص شد و در صورت رعایت استانداردهای ویزیت قابل پرداخت در قالب تفاهم نامه بود. به علاوه تأکید ویژه‌ای بر انجام ویزیت توسط شخص پزشک (و نه دستیار یا فرد دیگر) در داخل فضای فیزیکی کلینیک شده بود. محل تأمین منابع مالی اجرای برنامه از محل اعتبارات برنامه تحول در نظر دیده شده بود و مشابه برنامه‌های قبلی نیز اعتبار اولیه مورد نیاز برنامه به صورت پیش پرداخت سه ماهه به دانشگاه صورت می‌گرفت و پرداخت‌های بعدی براساس گزارش‌های عملکردی هر دانشگاه انجام می‌شد. سقف اعتبارات برنامه نیز با توجه به تعداد پزشک تمام وقت جغرافیایی درمانی و هیأت علمی تعیین می‌شد. لزوم هماهنگی با سازمان‌های بیمه‌گر و ارسال اسناد مالی مربوطه برای رسیدگی، ضرورت پرداخت به موقع کل حق الزحمه ویزیت پزشکان در موعد مقرر و توجه به سهم پرداختی کارکنان غیرپزشک شاغل در کلینیک‌ها از دیگر نکات مندرج در برنامه جهت تسهیل و یکنواختی اجرای برنامه بود. از نکات مهم و متمایز این برنامه استانداردهای تعیین شده برای ارائه خدمت ویزیت بود که با توجه به نظرات کارشناسان و خبرگان موضوع استخراج و معرفی شده بودند. براساس این استانداردها دانشگاه‌های علوم پزشکی مکلف به ایجاد، توسعه و تجهیز کلینیک‌های ویژه شدند. پزشکان نیز ملزم به رعایت حداکثر تعداد ویزیت بیمار در ساعت، منشور حقوق بیمار و اصول ایمنی بیمار و استانداردهای ویزیت (ثبت دقیق شرح حال بیمار و معاینه فیزیکی وی، یافته‌های پاراکلینیکی، برنامه درمان و داروهای تجویزی) شدند. ارزیابی برنامه براساس شیوه‌نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه و اقدام مناسب در صورت مشاهده هر نوع تخلف از سوی پزشکان، کلینیک‌ها و یا دانشگاه نیز در این برنامه دیده شده بود.

۶- برنامه ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی: در حالیکه نتایج مطالعات رضایت-سنجی از بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، که همواره یکی از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی عملکرد فعالیت‌های بیمارستانی بود، رضایت مطلوب مردم را از خدمات بالینی نشان می‌داد، نارضایتی بالای آن‌ها را از امکانات هتلینگ (اعم از فرسوده بودن محیط بیمارستان، فضای فیزیکی بستری، غذا، امکانات رفاهی، وضعیت سرمایش و گرمایش و سرویس‌های بهداشتی) این مراکز روشن ساخت. همین نارضایتی مردم و در کنار آن عدم توان رقابت با بخش غیردولتی در جذب بیماران، صاحب‌نظران سیستم بهداشت و درمان را به صورت جدی به چاره‌اندیشی در جهت حل این معضل وا داشت. براین اساس در کنار برنامه‌هایی که عمدتاً خدمات بالینی را برای اصلاح در نظر گرفته بود، یکی از برنامه‌های تحول سلامت در بخش درمان اعمال تغییرات مثبت در خدمات پشتیبانی مراکز درمانی را مورد توجه قرار داد و برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به گونه‌ای طراحی شد تا با رتبه‌بندی، ارتقا و کنترل کیفیت خدمات هتلینگ بیمارستان‌های مشمول، علاوه بر ایجاد فضای رقابتی مطلوب برای بهبود وضعیت ارائه خدمات هتلینگ، به انتظارات غیرپزشکی مراجعین به نحو مناسب پاسخ داده شود و از این مسیر رضایت بیماران و خانواده‌های آنها از ارائه خدمات در بیمارستان‌های دانشگاهی افزایش یابد. بدین ترتیب ضمن یکپارچگی کمی و کیفی خدمات هتلینگ و استانداردسازی آنها براساس اصول ایمنی، نیازهای گیرندگان خدمت و نیز شرایط خاص کشور، دستیابی به هدف کلان ارتقا کیفیت خدمات درمانی و مراکز ارائه خدمات تسهیل گردد. اجرای برنامه بدین صورت دیده شده بود که ابتدا ارزیابی از وضعیت هتلینگ بیمارستان‌های مشمول توسط تیم ارزیاب در ۷ محور ساختمان و

تأسیسات، تجهیزات و امکانات، خدمات رفاهی، خدمات نظافت و بهداشت، تغذیه بیمار، امور اداری و گردش کار و منابع انسانی انجام شود و براساس نتایج این ارزیابی خدمات هتلینگ بیمارستان به صورت ۳، ۴ یا ۵ ستاره رتبه‌بندی شود. سپس با توجه به رتبه هر بیمارستان و با رعایت مدت زمان تعیین شده از محل اعتبارات برنامه تحول، تغییرات موردنیاز برای بهبود وضعیت هتلینگ و ارتقا رتبه هر بیمارستان اعمال گردد. به منظور همسان‌سازی در فرایند بهبود و استانداردسازی مقرر شد تغییرات در زمینه تعداد و کیفیت تخت‌های بستری، میز غذای بیمار، پایه سرم، کیفیت تشک، پتو، ملحفه، بالش و البسه بیمار، تعداد و محل قرارگیری صندلی چرخدار و برانکارد انتقال بیمار، تجهیزات مربوط به تخت، کیفیت و تنوع غذای بیمار، پرده، پاراوان و دیگر جداکننده‌های مورد استفاده، فضای فیزیکی اتاق و انتظار بیمار و تسهیلات مربوط به همراه بیمار، نیروی انسانی مراقب بیمار، سیستم گرمایش و سرمایش فضای بستری و اورژانس، سرویس‌های بهداشتی و حمام و سیستم احضار پرستار انجام گیرد. در برنامه دیده شد ارزیابی اقدامات و اصلاحات انجام شده در هر بیمارستان به صورت دوره‌ای انجام شود و براساس نتایج ارزیابی گواهینامه‌های رتبه‌بندی هتلینگ به بیمارستان‌ها اعطا گردد. مکانیسم پرداخت اعتبارات موردنیاز برنامه نیز به صورت دو مرحله تعیین شد. به نحوی که در مرحله اول به صورت حمایتی اعتبار موردنیاز برای اعمال تغییرات در اختیار بیمارستان‌ها قرار می‌گرفت و بعد از این مرحله، اعتبارات با توجه به گزارش وضعیت رتبه‌بندی خدمات هتلینگ و تعیین تعرفه هتلینگ به بیمارستان‌ها اختصاص داده شود. ارزیابی برنامه براساس شیوه‌نامه نظارت بر حسن اجرای برنامه و پایش پیشرفت آن تا رسیدن همه بیمارستان‌های دانشگاهی به حداقل سطح استاندارد از دیگر نکات مورد اشاره در برنامه بود.

۷- برنامه ترویج زایمان طبیعی: آمارهای مربوط به شاخص‌های درصد سزارین و زایمان طبیعی، جایگاه نامطلوبی را برای کشور ایران در مقایسه با دیگر کشورهای جهان رقم زده بود. به نحوی که ایران با درصد سزارین معادل ۵۴٪ دومین کشور از نظر انجام سزارین در جهان شناخته شده بود. فلذا با توجه به عواقب و عوارض نامطلوب سزارین و تهدیدی که برای سلامت مادران و نوزادان داشت، نیاز به حرکتی جدی برای کاهش این درصد و جایگزین نمودن زایمان طبیعی به جای آن ضروری می‌نمود. به دنبال احساس این نیاز و ضرورت پاسخگویی سریع به آن، یکی از برنامه‌های تحول سلامت در حوزه درمان به صورت اختصاصی به این موضوع پرداخت. از آنجا که براساس مطالعات قبلی ریشه‌های مختلفی برای افزایش میزان سزارین در کشور ایران شناسایی شده بود، در طراحی برنامه تلاش شد با توجه به علل اصلی افزایش میزان سزارین، راهکارهایی اتخاذ شود که به صورت سیستمی و از مسیر مشوق‌های مختلف، هدف اصلی کاهش درصد سزارین محقق گردد و علاوه بر آن با افزایش رضایت‌مندی مادران باردار از انجام یک زایمان طبیعی، کاهش سهم پرداخت مردم برای زایمان طبیعی و مهم‌تر از همه افزایش انگیزه ارائه‌دهندگان خدمت برای انجام زایمان طبیعی اهداف کلان حفاظت مردم در برابر هزینه‌های درمانی و ارتقا کیفیت خدمات درمانی دست‌یافتنی شود. راهکارهای در نظر گرفته شده عبارت بودند از رایگان نمودن سهم پرداختی بیمار (فرانشیز) در مراکز دولتی به منظور تشویق مادران باردار به انجام زایمان طبیعی، پرداخت تعرفه تشویقی مازاد بر تعرفه مصوب عادی به منظور ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان خدمات زایمان طبیعی، پرداخت حق‌الزحمه بیهوشی به متخصصین بیهوشی به منظور ایجاد انگیزه برای انجام زایمان طبیعی بی‌درد موضعی، فراهم نمودن تسهیلات لازم برای انجام زایمان طبیعی توسط متخصصین زنان غیرشاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی و ماما‌های دارای

پروانه کار در بیمارستان‌های دولتی و سرانجام اختصاص اعتبار ویژه به بیمارستان‌های دولتی جهت بهینه‌سازی ساختار فیزیکی اتاق زایمان در راستای حفظ حریم خصوصی مادران باردار و خوشایندسازی فرایند زایمان طبیعی. این برنامه باید در همه بیمارستان‌های کشور اجرایی می‌شد. محل تأمین منابع مالی اجرای برنامه از محل اعتبارات برنامه تحول در نظر گرفته شده بود و اعتبارات مربوطه فقط به بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت و متخصصین زنان و زایمان، بیهوشی و ماماها‌های شاغل در این مراکز پرداخت می‌شد. مبنای پرداخت اعتبارات نیز گزارش‌های عملکردی دانشگاه و رسیدگی سازمان‌های بیمه‌گر بود که با توجه به تعداد زایمان طبیعی پرداخت انجام می‌شد و دانشگاه‌ها ملزم شدند پس از دریافت اعتبارات، حق الزحمه مشمولان را پرداخت کنند. لازم به ذکر است بیماران فاقد بیمه مراجعه کننده به بیمارستان‌های دولتی لازم بود مسیر تحت پوشش قرار گرفتن بیمه سلامت (برنامه اول) را طی کنند و اتباع بیگانه نیز در صورت عدم ارائه بیمه، هزینه‌های زایمان طبیعی را با توجه به تعرفه دولتی مصوب پرداخت نمایند. در این برنامه بر عدم دریافت هر گونه وجهی از مادران بارداری که زایمان طبیعی انجام داده‌اند، تحت هر عنوان (هزینه اقلام بهداشتی، مصرفی و ...) تأکید بسیار شد. به علاوه به صورت مشخص و عینی دانشگاه‌های علوم پزشکی موظف به رعایت استانداردهای ارائه خدمات مامایی و زایمان، برگزاری دوره‌های آموزشی مربوط به زایمان طبیعی برای متخصصین زنان و زایمان، ماماها، دستیاران زنان و دانشجویان مامایی، انجام فعالیت‌های بازاریابی اجتماعی و تبلیغات رسانه‌ای برای ترویج زایمان طبیعی، فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان طبیعی برای مادران باردار، ثبت اطلاعات مولید، تعبیه اتاق‌های زایمان یک نفره جهت سهولت حضور همراه آموزش‌دیده در کنار مادر و یا در صورت نیاز و کمبود فضا احداث آزمایشگاه در مجاورت بیمارستان شدند. نظارت بر حسن اجرای برنامه نیز از دیگر تمهیدات اندیشیده شده بود که قرار شد در سه سطح بیمارستان (توسط کمیته ترویج زایمان طبیعی بیمارستان)، دانشگاه (توسط کمیته ترویج زایمان طبیعی معاونت درمان دانشگاه) و وزارت بهداشت، با توجه به جزییات طراحی شده در فرم‌های پایش، انجام گیرد. شایان ذکر است این برنامه برخلاف دیگر برنامه‌های تحول سلامت پیشگفت خود دارای شیوه‌نامه نظارتی بود.

۸- برنامه توسعه اورژانس هوایی کشور: اهمیت و نقش مهم ارائه خدمات اورژانس از سالیان پیش بر دست‌اندرکاران سلامت امری مشخص و واضح شناخته شده بود و اصلاح و ارتقا خدمات اورژانس و نیز مراکز ارائه دهنده این خدمات از اولویت‌های اصلی بود که برنامه‌ها و اقدامات گوناگونی برای پاسخگویی به این اولویت ارائه و اجرا شده بود و دستاوردهایی را در بخش‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی، بیمارستانی و پیشگیری از حوادث و بلایا و گسترش پوشش فراگیر فوریت‌های پزشکی در سراسر کشور به دنبال داشت و بهبود شاخص‌های عملکردی خدمات اورژانس را رقم زد. این دستاوردها اگرچه همگی قابل تحسین و تقدیر بودند، اما همچنان فضا برای بهبود و ارتقا این گروه از خدمات با توجه به شرایط خاص کشور و حادثه‌خیز بودن آن (۱۰۷) و نیز سهم حوادث و سوانح در مرگ و میر کشور (۱۰۸) احساس می‌شد و لازم بود در برنامه‌های تحول برای این مقوله نیز برنامه‌ای طراحی گردد. عامل دیگری که به نظر بیش از عامل پیشگفت، انگیزه اضافه کردن برنامه توسعه خدمات اورژانس هوایی کشور شد، به فشار اجتماعی و تبلیغاتی مربوط می‌شد که پس از تبدیل شدن طرح تحول سلامت به سیاست اول اجتماعی دولت، برای اصلاح خدمات اورژانس هوایی وجود داشت و مسؤولان وزارت بهداشت را بر آن داشت تا با وجود داشتن اولویت‌های دیگر برنامه‌ای، این برنامه را در اولویت قرار دهند. البته شواهد نشان می‌دهد وزارت بهداشت با توجه به مطالعات و بررسی‌هایی که انجام داده

بود و نیازی که برای انتقال سریع و امن مصدومان، بیماران اورژانسی و مادران باردار در مناطق روستایی، پراکنده و صعب‌العبور داشت، ضرورت اقدام و اصلاح در حوزه اورژانس هوایی را کاملاً می‌دانست و درک کرده بود. اما در اولویت‌بندی برنامه‌های تحول درمان که با حضور صاحبان نظر فنی و مطلعین حوزه خدمات درمانی کشور انجام گرفت، برنامه در فهرست اولیه اولویت‌ها نبود. اما اندکی پس از اعلام اجرای طرح تحول درمان در اردیبهشت ماه ۱۳۹۲، تحول در این گروه از خدمات جز مطالبات اجتماعی شد و برنامه توسعه اورژانس هوایی کشور به‌منظور پوشش دو هدف کلان بهبود عدالت در دسترسی به خدمات درمانی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات طراحی و ابلاغ شد. در این برنامه، افزایش تعداد آمبولانس‌های هوایی و نیز پایگاه‌های اورژانس به عنوان راهکارهای اصلی توسعه اورژانس هوایی کشور دیده شد و محل تأمین اعتبارات آن نیز اعتبارات برنامه تحول سلامت در نظر گرفته شد. به منظور حفظ وحدت رویه و نیز اطمینان از رعایت استانداردهای لازم، جزئیات مربوط به استاندارد آمبولانس هوایی (بالگرد)، تجهیزات پزشکی موردنیاز آمبولانس هوایی، نیروی انسانی لازم، تدوین نقشه موزائیکی برای تعیین محدوده عملیات آمبولانس هوایی، تجهیزات ارتباطی آمبولانس هوایی در برنامه تعیین شد. در خصوص پایگاه‌های آمبولانس هوایی نیز، جزئیات مربوط به استانداردها و الزامات خود پایگاه و تجهیزات آن مشخص شد. شرح کامل الزامات تجهیزاتی و فرآیندی دیسپچ اورژانس مرتبط با آمبولانس هوایی، الزامات فرآیندی مراکز درمانی محل فرود بالگرد و الزامات پایگاه‌های جاده ای و شهری مرتبط با عملیات آمبولانس هوایی به همراه شرح وظایف منابع انسانی مرتبط با ارائه خدمات اورژانس هوایی نیز در متن برنامه اشاره شده بود.

۹- برنامه اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران: لزوم و ضرورت تعیین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت بر کسی پوشیده نبود و همگان بر تنظیم بازار سلامت کشور از طریق تعیین این تعرفه‌ها توافق نظر داشتند. اما موضوعی که در ارتباط با تعرفه‌ها همواره برای بازار سلامت مشکل‌ساز بود، بحث غیرمنطقی بودن و یا به عبارتی واقعی نبودن این تعرفه‌ها بود که باعث می‌شد ارائه‌کنندگان خدمات حتی‌الامکان از ارائه خدمات خودداری کنند و یا با القای غیرضروری خدمات (تقاضای القایی)، ارائه نامناسب آن (چه به لحاظ کیفی و چه به لحاظ کمی) و یا دریافت زیرمیزی به جبران هزینه‌های خود بپردازند و موجی از نارضایتی را هم برای ارائه‌دهنده و هم گیرنده خدمات به دنبال داشته باشد. وسعت و شدت مشکلات ناشی از واقعی نبودن تعرفه‌های سلامت، مسؤولان سلامت را به فکر حرکت به سمت واقعی نمودن این خدمات انداخته بود و تلاش‌هایی نیز در راستای عملیاتی کردن برنامه‌های پیشنهادی مربوطه انجام شده بود. سرانجام همه این تلاش‌ها، حرکت و جنبش اصلی و کلانی بود که در راستای اصلاح تعرفه‌های خدمات و مراقبت‌های سلامت و تعیین ارزش واقعی آن‌ها در اواخر دهه ۱۳۹۰ شروع شد و برون‌داد آن کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران شد. هدف از تدوین این کتاب ایجاد توازن و تعادل در ارزش نسبی درون‌رشته‌ای و بین‌رشته‌ای خدمات تخصصی و ایجاد رویه‌ای واحد برای محاسبه ارزش‌های نسبی خدمات و مراقبت‌ها در سطح کشور بود و اجرای آن به‌منظور تأمین دو هدف کلان حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های درمان و ارتقای کیفیت خدمات درمانی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات، در زمره برنامه‌های تحول سلامت در بخش درمان قرار گرفت. لازم به ذکر است تفکر غالب در تدوین این کتاب، تعادل در ارزش خدمت و همچنین کاهش فاصله درآمدی پزشکان در بخش دولتی و خصوصی، هم در بخش بستری و هم در بخش سرپایی، بوده است. شواهد و مدارک موجود نشان می‌دهد در تدوین کتاب تلاش شده بود ضمن استفاده از آخرین

روش‌های موجود برای نامگذاری خدمات سلامت، با مشارکت ذینفعان موضوع تعرفه (وزارت‌خانه‌های بهداشت درمان و آموزش پزشکی و تعاون کار و رفاه اجتماعی، سازمان نظام پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه، انجمن‌های علمی، بوردهای تخصصی و گروه‌های آموزشی) و نیز لحاظ کردن شرایط بومی و فرهنگی کشور و نظام سلامت ایران فهرست خدمات پزشکی احصا و کدگذاری شود و سپس ارزش نسبی آنها با در نظر داشتن شاخص‌هایی مانند زمان ارائه خدمت، ریسک ارائه خدمت برای پزشک و بیمار، دانش، تجربه و مهارت مورد نیاز، تلاش فیزیکی، تلاش‌های ذهنی و فکری و در نهایت مخاطرات قانونی ارائه خدمت، تعیین شود. این فهرست مدون شده با جزئیات کامل ارزش‌های نسبی خدمات، در اختیار همه ارائه دهندگان خدمات درمانی اعم از دولتی و خصوصی کشور قرار داده شد. با توجه به حساسیت موضوع برنامه، در هنگام تدوین برنامه تمهیداتی برای نظارت بر حسن اجرا و رعایت تعرفه‌ها از طریق سامانه ۱۶۹۰ و نیز ستادهای نظارت بر تعرفه‌های خدمات پزشکی در نظر گرفته شد.

۱۰- برنامه نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد: تاریخچه برنامه‌های اصلاحاتی حوزه درمان و تعدد برنامه‌های مربوط به نحوه پرداخت به کارکنان سلامت حکایت از اهمیت و پیچیدگی‌های این موضوع دارد. چگونگی پرداخت‌های عملکردی بر انگیزه کارکنان و در نتیجه بهره‌وری و رفتار آنها در عرصه ارائه خدمات تأثیر بسیار دارد و از آنجا که در بخش درمان منابع انسانی نقش مهمی در انجام کمی و کیفی وظایف و مسؤلیت‌های خطیر درمانی دارند، توجه به این مسأله را ضروری می‌سازد. آخرین سیاستی که در حوزه درمان برای ساماندهی به این مقوله اجرایی شد، سیاست خودگردانی و برنامه نظام نوین اداره بیمارستان‌ها در سال ۱۳۷۸ بود که با اصلاحاتی که داشت برای چندین سال متوالی سرلوحه کار قرار گرفت. اجرای این سیاست با وجود اعمال اصلاحاتی در آن، همچنان دارای نواقصی چون عدم توجه به عملکرد کارکنان، ایجاد بی‌عدالتی در پرداخت‌های گروه‌های مختلف کاری و تحت پوشش قرار دادن تنها گروهی از منابع انسانی بود. نیاز شدید به اصلاح بنیادی برنامه پیشگفت و وسعت و اهمیت موضوع پرداخت‌های پرسنلی انگیزه‌ای شد تا یکی از برنامه‌های تحول سلامت در حوزه درمان به موضوع پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان پزشک و غیرپزشک شاغل در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اختصاص یابد. این برنامه بنا داشت با اجرای مکانیزم‌های جدید پرداختی روحیه کار تیمی را بهبود دهد، نشاط و انگیزه‌ی مضاعف برای فعالیت در بخش‌های بیمارستانی ایجاد کند، همه کارکنان پزشک و غیرپزشک را به صورت متعادل و متعارف در منافع به دست آمده سهیم نماید، به بهره‌وری منابع انسانی و فیزیکی بیمارستان کمک کند و در مجموع بتواند زمینه‌ساز تحقق هدف کلان ارتقای کیفیت خدمات درمانی و مراکز ارائه دهنده خدمات کیفیت باشد. جزئیات نحوه محاسبه سهم هر یک از کارکنان پزشک و غیرپزشک و ساختارهای لازم برای استقرار کامل برنامه و رعایت ضوابط اعلامی در برنامه به طور مبسوط تعیین گردید. همچنین تسهیلات نرم‌افزاری و سامانه‌ای و نیز برگزاری دوره‌های آموزشی لازم برای اجرای بهتر برنامه پیش‌بینی شد. مقرر شد بار مالی اجرای این برنامه از محل درآمد اختصاصی بخش درمان تأمین شود.

۹-۲- اهداف سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

متون مرتبط با نظام سلامت و اصلاحات آن (۲، ۱۰۹، ۱۱۰)، سه هدف بلندمدت و پنج هدف کوتاهمدت را برای یک برنامه اصلاحی در حوزه سلامت متصور می‌شوند که ارتقا سطح سلامتی، افزایش پاسخگویی و بهبود مشارکت مالی عادلانه، سه هدف بلندمدت و افزایش دسترسی، پوشش، کیفیت، ایمنی و کارایی پنج هدف کوتاهمدت هستند.

بر اساس این طبقه‌بندی و با توجه به اهداف برنامه‌های مختلف طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور (جدول ۸) می‌توان گفت که در این حوزه هدف اصلی بیشتر مداخلات، حفاظت مالی بوده است. از منظر دیگر می‌توان طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور را مشتمل بر برنامه‌هایی دانست که بیشتر مشارکت مالی عادلانه و بهبود سلامتی در کشور را هدف بلندمدت خود قرار داده و ارتقا کیفیت خدمات و بهبود دسترسی و پوشش را در قالب اهداف کوتاهمدت خود در نظر گرفته‌اند. به نظر می‌رسد هدف افزایش کارایی، کمتر در فهرست برنامه‌های تحول سلامت دیده شده است.

جدول ۹- اهداف طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

بلندمدت		کوتاهمدت					هدف اصلاح نظام سلامت رئوس برنامه‌های تحول سلامت
مشارکت عادلانه	پاسخگویی	سلامتی	کارایی	کیفیت	پوشش	دسترسی	
*					*		پوشش بیمه‌ای ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت
*					*		کاهش میزان پرداختی بیماران بستری
				*		*	حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
	*			*		*	حضور پزشکان متخصص مقیم
*	*			*		*	ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دانشگاهی
	*			*			ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دانشگاهی
		*		*			ترویج زایمان طبیعی و درمان ناباروری
		*				*	توسعه اورژانس هوایی کشور
*				*	*		قیمت‌گذاری خدمات سلامت
	*			*			پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان سلامت

۹-۳- توصیف محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان با استفاده از اهرم‌های کنترلی برنامه اصلاحات سلامت

به منظور درک بهتر از اینکه برنامه طرح تحول سلامت در حوزه درمان با اعمال تغییرات در کدام حوزه‌ها، سعی در دستیابی به هدف اصلی اصلاحات که همان ارتقای عملکرد نظام سلامت به وسیله افزایش فراهمی و تخصیص منابع، ترویج مدیریت کارآمدتر و تعریف مجدد نقش دولت‌ها در ارائه خدمات سلامت می‌باشد (۱۱۱)، داشته در این بخش سعی می‌شود با توجه به مدل اهرم‌های کنترلی اصلاحات نظام سلامت (۱۰۹)، جایگاه برنامه‌های تحول سلامت در بخش درمان در ۵ اهرم اصلی کنترل تأمین مالی، پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار تعیین شود.

با توجه به اهرم‌های پیشگفت، مرور و تحلیل محتوای برنامه‌های تحول سلامت در حوزه درمان کشور نشان می‌دهد برنامه پوشش بیمه‌ای ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت بیشتر ناظر بر تغییراتی است که با اهرم‌های کنترلی تأمین مالی، وضع مقررات و رفتار سعی در تحقق اهداف اصلاحات دارد. هدف و محتوای اصلی‌ترین برنامه تحول (برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) بیشتر بر اهرم کنترلی تأمین منابع و رفتار متمرکز است که این تمرکز با توجه به اهمیت موضوع منابع مالی بخش درمان و مشکلات مربوط به آن و نیز ضرورت تغییر رفتار ارائه‌کنندگان سلامت دور از انتظار نمی‌باشد. برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند نیز با محتوایی مشابه بیشتر ناظر بر همین اهرم‌های کنترلی می‌باشد. برنامه‌های حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت و ارتقای هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت عمدتاً ناظر بر فعالیت‌های اهرم‌های کنترلی سازماندهی و رفتار قرار دارد. به نظر می‌رسد در مقایسه برنامه‌ها، بیشترین سهم توجه به اهرم کنترلی رفتار به برنامه ترویج زایمان طبیعی مربوط باشد. کانون توجه یکی دیگر از برنامه‌های اصلی تحول یعنی برنامه اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت در جمهوری اسلامی ایران بیشتر اهرم کنترلی وضع مقررات الزام‌آوری است که از سوی دولت برای تغییر رفتار بازیگران عرصه سلامت و به ویژه تأمین منابع مالی وضع می‌گردد. از دیگر برنامه‌های مهم تحول برنامه نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد است که واکاوی محتوای آن نشان از تمرکز این برنامه بر اهرم‌های کنترلی پرداخت و رفتار دارد (جدول ۷).

جدول ۱۰- طبقه‌بندی محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور با توجه به اهرم‌های کنترل اصلاحات

عناوین برنامه	اهرم‌های کنترلی	تأمین مالی	پرداخت	سازماندهی	وضع مقررات	رفتار
پوشش بیمه‌ای ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت	*					
کاهش میزان پرداختی بیماران بستری	*					
حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم				*		*
حضور پزشکان متخصص مقیم				*		*
ارتقای کیفیت خدمات ویزیت				*		
ترویج زایمان طبیعی				*		*
توسعه اورژانس هوایی کشور				*		
اجرای کتاب ارزش نسبی		*				
نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد			*			

۱۰. پیامدهای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

در تحلیل داده‌های مربوط به پیامدهای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور، ۲ تم و ۷ زیرتم استخراج شد (جدول ۱۱).

جدول ۱۱- تم‌ها و زیرتم‌های شناسایی شده پیامدهای طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور

زیرتم	تم	جز چارچوب
پیامدهای پوشش جمعیت	پیامدهای مثبت	پیامدهای طرح تحول سلامت
پیامدهای پوشش خدمات سلامت		
پیامدهای پوشش مالی		
پیامدهای تأمین مالی	پیامدهای ناخواسته	
پیامدهای پرداخت		
پیامدهای منابع انسانی		
پیامدهای ارائه خدمات		

شواهد و بررسی‌های نشان داد پیاده‌سازی طرح تحول سلامت با وجود سختی‌ها و دشواری‌هایی که به‌همراه داشته است، منجر به دستاوردهای شده که اهم آن‌ها در حوزه درمان، با توجه به سه بعد اصلی تحقق پوشش همگانی سلامت (پوشش جمعیت، پوشش خدمات سلامت و پوشش مالی (۱۱۲)) به شرح زیر بودند (۱۱۳):

الف- پوشش جمعیت

✓ گسترش پوشش بیمه پایه سلامت به افراد آسیب‌پذیر فاقد بیمه جامعه (حدود ۱۰ میلیون نفر دفترچه بیمه سلامت ایران دریافت کرده‌اند)؛

ب- پوشش خدمات سلامت

✓ افزایش دسترسی مردم به انواع اقلام دارویی و ملزومات بستری موردنیاز در بیمارستان و کاهش درصد ارجاع مردم برای خرید دارو و ملزومات بستری؛

✓ حمایت مالی از بیش از ۱۲ میلیون بیمار بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت

✓ ایجاد پوشش بیمه‌ای برای ۳۰۰ خدمت جدید؛

✓ افزایش تعداد پزشکان عمومی، متخصص و فوق‌تخصص مشمول برنامه ماندگاری در مناطق محروم و افزایش درصد جمعیت تمام وقتی

✓ افزایش تعداد پزشکان متخصص مقیم و تعداد کشیک‌های شبانه به متوسط هر شب ۸۵۰ نفر

✓ افزایش تعداد پزشکان شاغل در کلینیک‌های ویژه درمانی بیمارستانی و دانشگاهی

✓ تمام وقتی بیش از ۱۰ هزار پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص

✓ راه‌اندازی ۲۱ پایگاه اورژانس هوایی

✓ انجام بیش از ۸۰۰ هزار زایمان طبیعی رایگان

✓ گسترش، توسعه و تجهیز کلینیک‌های ویژه درمانی بیمارستانی و دانشگاهی

- ✓ ارتقا کمی و کیفی ویزیت‌های سرپایی در بخش دولتی
- ✓ بازسازی حدود ۱/۵ میلیون مترمربع فضاهای درمانی و نوسازی و بازسازی حدود ۳۰۰۰۰ تخت بیمارستانی فرسوده در بخش دولتی به همراه افزایش تعداد امکانات و تسهیلات پشتیبانی خدمات بستری (منابع انسانی، یخچال، تلویزیون و ...)
- ✓ توسعه، بهسازی، مرمت و تجهیز بلوک‌های زایمان
- ✓ کاهش درصد سزارین به ۴۹٪ در کشور
- ✓ افزایش میزان رضایت گیرندگان خدمات و بهبود سطح رضایت ارائه‌دهندگان خدمت

ج- پوشش مالی

- ✓ کاهش سهم مردم از پرداخت هزینه‌های بستری (این سهم از ۳۷ درصد در سال ۱۳۹۲ به ۸/۵ درصد در مرداد ۱۳۹۴ رسیده است)؛
 - ✓ کاهش میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت و هزینه‌های فقرزای سلامت
 - ✓ حذف دریافت‌های غیررسمی سلامت در بخش دولتی و کاهش آن در بخش خصوصی
- لازم به ذکر است در تداوم مسیر حرکت اصلاحاتی حوزه درمان، ضمن ادامه اجرای برنامه‌های جاری در راستای تأمین هدف پوشش فراگیر و دسترسی عادلانه آحاد جامعه به خدمات و مراقبت‌های سلامت باکیفیت، حوزه درمان تحقق تمام وقت شدن ۱۰۰ درصد پزشکان متخصص در استخدام دولت، استانداردسازی خدمات ویزیت و پوشش کامل در بیمارستان‌های دولتی، ایجاد و توسعه کلینیک‌های ویژه در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، افزایش نسبت تخت به جمعیت به میزان ۲/۷، یکپارچه‌سازی کمی و کیفی خدمات هتلینگ، افزایش دسترسی بیمارستان‌های دولتی به متخصصین، افزایش مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت، افزایش بیمارستان‌هایی که به صورت هیات امنایی اداره می‌شوند، ایجاد و توسعه بخش‌ها و اورژانس روانپزشکی در بیمارستان‌های کشور، ارتقای کمی و کیفی خدمات اورژانس بیمارستانی، ایجاد بخش‌ها و تخت‌های ویژه مورد نیاز در کل بیمارستان‌های کشور، ایجاد و توسعه بخش‌های سوختگی در بیمارستان‌ها، ارتقای کیفی و کمی تجهیزات بیمارستان‌های تابعه دانشگاه، ارتقای کمی و کیفی بخش‌های مسمومیت در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه، توسعه ارائه خدمات دندانپزشکی در سطح ۲ و ۳ و اجرای برنامه پزشک خانواده در سطوح ۲ و ۳ خدمات سرپایی در کل کشور را در فهرست برنامه‌های اولویت‌دار خود قرار داده است. همچنین جهت حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، برنامه حمایت مالی از بیماران بستری و صعب‌العلاج در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه را اولی می‌داند. فراهمی خدمات درمان ناباروری در مراکز دولتی برنامه مهمی است که برای استقرار نظام جامع سلامت باروری با محوریت ترویج زایمان طبیعی و حمایت از زوج‌های نابارور در نظر دارد اجرایی نماید.

تحلیل گفته‌های مشارکت‌گندگان و نیز مستندات موجود در خصوص ارزیابی و نقد عملکرد طرح تحول سلامت در حوزه درمان همچنین نشان می‌دهد اجرای این سیاست در کنار دستاوردهای مثبت خود، پیامدهای ناخواسته‌ای نیز برای نظام سلامت داشته که لازم است برای برنامه‌ریزی‌های بعدی

مورد توجه قرار گیرد. مهمترین این پیامدهای به موضوع تأمین مالی نظام سلامت مربوط است که گفته شد منابع مالی اضافه شده به دلیل ناپایدار بودن محل تأمین آن، نگرانی‌ها و تردیدهایی را در مورد تداوم اجرای برنامه‌های تحول سلامت ایجاد نمود و همین دلسردی مانعی برای حرکت پرشتاب به سمت تحقق اهداف برنامه‌ها شد.

"بیام ببینیم این پولای که برای تحول اومد چه اثراتی داشت. بعد خوبش اینکه اون بی‌پولی سلامت جبران شد و خب البته واقعا هم نیاز داشتن، پول آمد و برا یه برنامه‌هایی هزینه شد. من الان نمیرم رو خود برنامه‌ها و بگم خوب بود یا نه، توتالی میگم برنامه‌ها خب تونست رضایت را ببره بالا، اوت اف پکت را کم کنه و مردم بیمه شن اینا دیگه هممشا دیگه، اما از اون ورش هم بین این پول وقتی اومد و یه جاهایی خرج شد مثلا به مریض گفتیم تو فلان درصد که خیلی هم زیاد نیس را بده یا پزشک هر وقت بیای هستش این انتظار ایجاد کرد توقع را برد بالا. حالا چون اون پوله که اضافه شد به سیستم معلوم نیس ادامه داره یا نه و جالبه بدونین همون بار اول فقط پول را دادند ادامه کار خبری از اون نبود، این اثر بد داره این که پشتوانه این کارها ضمانتی نداره برای پولش اثر بدی میاره اون از نظر روانی و خب کار سیستم را خراب میکنه." (م. ۳۸)

این ناپایداری منابع مالی، به همراه نبود برنامه‌ریزی‌های متوازن و هماهنگ و نیز توافق کامل دینفعان اصلی طرح، کسری‌های قابل‌توجهی را برای سازمان‌های بیمه‌گر اصلی کشور رقم زد و آن‌ها را از پرداخت به‌موقع تعهدات خود به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باز داشت. همین موضوع خود نارضایتی و اختلال در فعالیت ارائه‌دهندگان (فردی و سازمانی) خدمات سلامت را به همراه داشت و موضوع جدایی خریدار و ارائه‌دهنده را نیز همچنان لاینحل باقی گذاشت.

"ما دیده بودیم فقط حدود ۵ میلیون نفر اونم فقط برای بستری بیمه رایگان شون، یه دفعه شدن ۱۰ میلیون و اونم برای همه خدمات خب این بدون برنامه بود، پول کم میارن." (م. ۶)

"اینکه ما باید بیمه میکردیم را یا نه و سقف داشتو نداشتو کنار میذاریم، چیزی که هست قرار بود منابعی که دولت برای بیمه تعیین کرده بود به ما داده نشد از اون ور هم تعرفه‌ها رفت بالا و تعهدات بیمه هم بیشتر شد اونم وسط سال. بیمه حالا بخصوص اونم بیمه سلامت راه درآمدی نداره جز حق بیمه، چکار کنه باید حق بیمه را ببره بالا میشه؟ اینها خوب دیده نشده بود." (م. ۲۰)

"بیشتر دلخوشی کارکنان این بود که پرداختها اوتل ان تایم بود بعد یواش یواش با دیرکرد روبرو شد و این خوب نبود برگشتیم سرجا اول." (م. ۳۵)
"اونیکه اتفاق افتاد این بود که سازوکار ارتباط مالی بین خریدار و ارائه‌دهنده دستکاری شد ولی خوب نبود نتیجه نداد ارائه‌دهنده که نباید خودش بخوره." (م. ۲۶)

گروهی از مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان اثرات نامطلوبی را در بعد پرداخت به ارائه‌دهنده به وجود آورده است. از نظر آنها نوع پرداختی کارانه که بعد مقدار آن پس از تغییر تعرفه‌ها افزایش پیدا کرده است، انگیزه‌ای مهم برای بروز پدیده تقاضای القایی شده است، به ویژه اینکه بیماران با داشتن بیمه، سهم پرداختی بیشتری ندارند.

"شیوه پرداخت به پزشکان در این طرح، با افزایش تقاضای القایی روبروه و هزینه‌های درمان را به میزان قابل توجه و غیرمنطقی بالا برده. میدونید در نظام‌های مبتنی بر کارانه، در خوشبینانه‌ترین حالت، پزشکان میگویند که ما بهترین کارو برا بیمار انجام می‌دیم و بهترین کار، یعنی گرون‌ترین اقدام. وقتی بیمار از جیب خودش پرداخت نمی‌کنه و پزشکم انگیزه مالی داره، طبیعتا به سمت اقدامات گرون‌تر می‌ره و در نهایت دود این مساله به چشم عامل پرداخت در نظام درمان می‌ره." (م. ۲۱)

البته برخی دیگر از مشارکت‌کنندگان اشعار داشتند اثرات نامطلوب مربوط به سیستم و نوع پرداخت که برای مدت طولانی به صورت کارانه بوده مربوط به قبل از تحول بوده است و برنامه‌ریزان طرح تحول سلامت با علم به اینکه این نوع پرداخت مستعد بروز تقاضای القایی است تمیهداتی برای کنترل تقاضای القایی داشته‌اند. به نظر این گروه تصمیم‌گیری در مورد اثر طرح تحول بر تقاضای القایی مستلزم انجام مطالعات میدانی و علمی بیشتری است.

"کارانه مدتهاست تو این سیستم جاری بوده و تغییرش زمان میبهره. کار یکسال دوسال نیس. ما خودمون میدونیم کارانه تقاضا القایی میاره این که مشخصه برا کنترلش برنامه داشتیم. کمیته‌هایی تو بیمارستان هستند دارند مینن. تو سطح مرکزی چک میشه. از اون ور به بیمارستان گفته شده مشروط به اینکه از بیمار و کیفیت کم نکنی اگر پولی از اعتبارت موند برا خودت این انگیزه داد که الکی نسخه نویسه. ولی خودمون الان دنبالشیم ببینیم چقدر تقاضا زیاد شده و سفارش طرح هم دادیم به همون موسسه ملی." (م. ۴)

یکی دیگر از اثرات و پیامدهای ناخواسته اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان به مسأله منابع انسانی مربوط بود. بنا بر اظهارات مشارکت‌کنندگان، یکی از پیامدهای نامطلوب طرح ایجاد باور بی‌عدالتی در میان گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت بود که به دنبال تغییر در وضعیت پرداخت‌ها اتفاق افتاد و با انجام مقایسه‌های دریافتی‌ها، مقاومت‌ها و مخالفت‌های گروه‌های مختلف صنفی را ایجاد و نارضایتی‌های این افراد را به همراه داشت.

"خود شما تا حالا تو بیمارستان کار کردید اینا را میدونید تو مجموعه مرتبا دارن افراد خودشونو مقایسه می‌کنند و به تئوری معروف داریم ... بله همون که میگید تئوری برابری. اگر حس کنن در حقشون اجحاف شده واکنش میدن. پرستاره میبینه کنار پزشک داره تا صبح کشیک میده اون اول صبح فردا ۵۰۰ تومن نقد به حسابشه این حالا باید صبر کنه تا آخر ماه تازه وظیفش هست. من قبول دارم بعضی مقایسه‌ها مبناش اشکال داره ولی خوب تو اگر هوای پزشکتو داری باید فکر پرستارم باشی فکر نگهبونت باشی یکیشون خراب باشه فاتحت خونده." (م. ۳۸)

افزایش بار و فشار کاری از دیگر پیامدهای نامطلوب اجرای طرح تحول سلامت در بعد منابع انسانی بود. اجرای برنامه‌های تحول سلامت در حوزه درمان بار مراجعه به بیمارستان‌های دولتی را افزایش داد. این در حالی بود که از قبل کمبود منابع انسانی در خط ارائه خدمات وجود داشت و با وجودیکه در برخی برنامه‌های طرح تحول افزایش منابع انسانی دیده شده بود، این افزایش با افزایش بار مراجعه همخوانی نداشت. بنابراین فشار و حجم کار نیروهای ارائه‌دهنده خدمات شدت افزایش یافت و البته به‌طور طبیعی و بدون هیچ مقصود و نیتی کیفیت خدمت رسانی را متأثر گردانید.

"از فردای روزی که تو رسانه‌ها خبر طرح تحول پیچید، از اول صبح پشت در بیمارستان و کلینیک ازدحام جمعیت داشتیم. درسته تخت اضافه شد کلینیک ساخته شد و پزشک اضافه شد ولی اینا کفاف نمیداد کافیه به روز برید ببینید چه جمعیتی میان برای خدمت. و اینها فشار میاره برای نیروهامون اذیت میشن حالا هر چی هم سعی کنن که خوب کار کنند خسته میشن دست خودشون نیس و این خستگی اثر میذاره رو کارشون." (م. ۱۳)

دسته دیگری از پیامدهای ناخواسته طرح تحول سلامت در حوزه درمان در بخش ارائه خدمات گزارش شد. برخی از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان، ناهماهنگی‌های سطوح سه‌گانه ارائه خدمت را به ویژه در بخش سرپایی بیشتر کرده و همین موضوع تحقق استقرار کامل نظام ارجاع و رعایت سطح‌بندی خدمات را که تحقق آن شدت در اسناد بالادستی تأکید شده بود را تحت‌الشعاع قرار داد. عدم اجرای سیستم ارجاع نیز خود شلوغی و ازدحام بیش از حد مراجعین را مراکز ارائه خدمات سلامت موجب شد و برخی از استانداردهای کیفیت خدمات را مانند مدت زمان انتظار بیمار و میزان رضایتمندی از دریافت خدمت به موقع از حد مطلوب خود دور ساخت.

"طرح تحول نظام سلامت نظام ارجاع را از مسیرش دور کرد، یعنی نداشت مردم ابتدا به سطح یک خدمات که پزشکان خانواده هستند مراجعه کنند و فقط اونا که لازم دارن به سطح دو و سه برای درمان تخصصی برن. الان با این دفترچه‌ها که مردم دستشونه برای یه سرماخوردگی ساده میرن به متخصص خب قاعدتا هم مراجعه زیاد میشه، هم وقت برای اونیکه نیاز داره کم میاد، مدت زمان انتظار زیاد میشه و مهم‌تر اینکه هزینه‌های بیشتری به نظام وارد میشه." (م. ۲۱)

۱۱. تفسیر و نتیجه‌گیری

این مطالعه در تلاش بود با استفاده از رویکردی کیفی به تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور بپردازد. یافته‌های مطالعه در بخش قبلی به صورت کامل ارائه شد. در این بخش تلاش می‌شود جهت ارائه جمع‌بندی نهایی، یافته‌های اصلی به تفکیک اهداف مطالعه تفسیر شوند و سپس با استفاده از نتایج مطالعات قبلی، تحلیلی کلی از فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در بخش درمان ارائه گردد.

۱-۱۱- تحلیل نتایج

در پاسخ به هدف اول مطالعه، تحلیل تأثیر زمینه اجتماعی-اقتصادی-سیاسی و فرهنگی کشور بر روند سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان کشور/ایران، یافته‌ها نشان داد شرایط زمینه‌ای (اجتماعی، اقتصادی، قانونی و بین‌المللی) و مشکلات انباشته‌شده‌ی ارائه خدمات درمانی کشور، در ابتدای دهه ۱۳۹۰ با نامتعادل ساختن اوضاع ارائه خدمات درمانی، روز به روز بر نارضایتی مردم از این حوزه را افزایش داد. نابسامان بودن حوزه درمان، به‌ویژه در بخش بستری دولتی، در پی ایجاد شرایط خاص کشور در دوران تحریم‌های مختلف اقتصادی در سال ۱۳۹۲ و پیامدهای آن در بخش درمان (۱۱۴)، تشدید شد. شدت این مشکلات در کنار وسعت آن‌ها، که با درنظر داشتن جایگاه بیمارستان‌های دولتی کشور در ارائه خدمات درمانی و بار مراجعه آن‌ها کاملاً مشهود بود، فعالیت عادی و معمول بخش بزرگی از نظام سلامت را به صورت جدی مختل ساخت و وضعیت آن را در شرایط کاملاً بحرانی قرار داد. وضعیت بحرانی نظام ارائه خدمات درمانی به‌ویژه در بخش دولتی از یک سو و امنیتی بودن موضوع تأمین سلامتی از سوی دیگر، اقدام عاجل برای ایجاد تغییراتی در این حوزه را ضروری ساخت و طراحی برنامه‌ای برای اصلاحات نظام سلامت را مطالبه عمومی نمود. برنامه‌ای که به دور از هر گونه فعالیت شتاب‌زده و عوام‌گرایانه، به جای یافتن پاسخی ساده برای موضوعات پیچیده سلامت، پاسخگویی اساسی به تأمین رفاه اجتماعی مردم را مدنظر قرار دهد و با تکیه بر خرد جمعی و استناد بر شواهد معتبر و تجربه‌های غنی موجود از میان راهکارهای مختلف حل مسأله، بهترین را انتخاب و عملیاتی نماید.

در پاسخ به هدف دوم مطالعه، تحلیل فرایند سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان کشور/ایران، با توجه به یافته‌های مربوط به فرایند تدوین سیاست طرح تحول سلامت، به نظر می‌رسد این فرایند در سایه استفاده از شواهد ملی و بین‌المللی موجود، حرکت در جهت اسناد بالادستی کشور، تحلیل موقعیت (SWOT: Strength, Weakness, Opportinities, Threats)، جلب‌نظر و حمایت مدیران و مسؤولان ارشد سیاسی کشور، صرف وقت و زمان جهت انجام کارشناسی‌های لازم و نهایی کردن برنامه‌های پیشنهادی، مشارکت دادن ذینفعان برنامه، تشکیل کارگروه‌های مربوطه و برگزاری جلسات منظم، تهیه و ارسال دستورالعمل‌های اجرایی هر برنامه، نگاه همزمان به تنظیم برنامه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت در حوزه‌های مختلف ارائه‌دهنده

خدمات سلامت و اولویت مدیریت بحران به وجود آمده در حوزه خدمات درمانی دولتی انجام شد. البته این فرایند به صورت کامل ایده آل نبوده و مواردی مانند استفاده از رویکردی «بالا به پایین» در برنامه‌ریزی، نادیده گرفتن برخی از ذینفعان و عدم توجه به لزوم هماهنگی دو حوزه بهداشت و درمان از نقاط قابل اصلاح در این زمینه می‌باشد. اما در مجموع به نظر می‌رسد طرح تحول سلامت و برنامه‌های آن در حوزه درمان، گزینه‌ی مناسبی برای پاسخ به نیاز آن زمان کشور به اعمال تغییرات مثبت در نظام سلامت بود. اوضاع متلاطم حوزه درمان، سیاست‌گذاران سلامت را مجبور ساخت با وجود درک اهمیت اقدامات زیربنایی مانند استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده، عملیاتی کردن نظام سطح‌بندی، تجمیع بیمه‌ها و ... در گام اول برای هرگونه اصلاح، وضعیت قفل شده و بحران زده درمان را که حاصل انباشته شدن چندین ساله مشکلات این بخش بود کنترل نمایند تا بتوانند در گام‌های بعدی پس از رفع بحران و آرام کردن وضعیت حوزه درمان، اقدامات و برنامه‌های تدوین شده اصلاحاتی خود را در دیگر حوزه‌ها عملیاتی کنند. توجه داشته باشیم اورژانسی بودن پاسخ به نیازهای درمانی و مخاطرات امنیتی به تعویق افتادن تأمین و پاسخگویی آنها امری نیست که کسی ضرورت آن را بتواند در کشور ما کتمان کند. لازم به ذکر است با گذشت زمان از اجرای طرح، همگرایی حوزه‌های مرتبط با نظام سلامت در خصوص اجرای این برنامه در کشور روند رو به افزایشی به خود گرفت؛ به نحوی که بیشتر افراد صاحب‌نظر با قبول این گزینه، در پی شناسایی راهکارهای تداوم طرح برآمدند.

با توجه به یافته‌های مربوط به ساختار سیاست‌گذاری تحول سلامت در حوزه درمان کشور، چند نکته روشن شد. نخست آنکه شواهد حکایت از وجود یک ساختار رسمی و مشخص برای این سیاست‌گذاری تحول سلامت داشت که در قالب کارگروه‌های تحول و سلامت از سال ۱۳۹۲ کار خود را پس از اخذ مصوبه هیأت دولت آغاز کردند. نکته دوم در خصوص ساختار سیاست‌گذاری مربوط به ستاد کشوری تحول بود. این ستاد مرکز اصلی و کانون تدوین سیاست‌های تحول در نظر گرفته شد و قرار بود برای تشکیل آن صاحبان اطلاع و فکر نظام سلامت، بدون نگرانی و دغدغه پیگیری امور اجرایی، شناسایی و صرفاً جهت فعالیت در قالب تدوین سیاست عضو این ستاد شوند. اما در عمل به دلیل محدودیت منابع انسانی تحقق کامل این امر اتفاق نیفتاد و افرادی که برای عضویت و فعالیت در ستاد پیشگفت انتخاب شده بودند، به ناچار درگیر فعالیت‌های اجرایی شده و کمتر فرصت فعالیت در زمینه سیاست‌گذاری پیدا کردند.

در خصوص اجرای سیاست، با توجه به یافته‌های اجرای طرح تحول سلامت در حوزه درمان ایران، می‌توان گفت برای اجرای این طرح رویکرد «بالا به پایین» به کار رفته و هماهنگی بین واحدهای درگیر اجرای برنامه پس از تصویب و ابلاغ دستورالعمل‌های مربوطه، توسط ستادهای اجرایی محیطی انجام گردیده است. استفاده از این رویکرد اگر چه به سبب ماهیت اجباری آن، تا حدودی تسهیل‌گر و تسریع‌دهنده اجرای سیاست بود، اما به دلیل مشارکت پایین سطوح اجرایی با مقاومت‌هایی از سوی صاحبان فرایندهای اصلی روبرو شد. لازم به ذکر است در مراحل اجرایی طرح راه‌های مختلف ارتباطی برای انتقال نظرات و پیشنهادهای مجریان و امکان تعامل و تبادل نظر بیشتر در نظر گرفته شد و تا حدودی مقاومت افراد مدیریت گردید. از دیگر نکات حائز اهمیت در حیطه نحوه اجرای سیاست، کمبود منابع انسانی متخصص در اجرا و هماهنگی‌های اجرای سیاست بود. این مشکل سبب افزایش بار کاری منابع انسانی درگیر در اجرای طرح تحول سلامت شد و علاوه بر ایجاد نارضایتی، با تعدد حوزه‌های مسؤولیت افراد درگیر، کاهش کیفیت اجرای سیاست را نیز به دنبال داشت. نکته آخر در مورد اجرای سیاست، به ضمانت اجرایی سیاست مربوط می‌شود. نیاز به اصلاح نظام سلامت اگر چه توانست با

کسب مصوباتی از دولت ضمناً آغاز کار را کسب نماید، ولی آنچه در مورد اجرای سیاست کمتر توجه شد تعبیه مکانیزم‌ها و راهکارهایی برای کسب پشتوانه اجرایی سیاست بود.

یافته‌ها همچنین در خصوص سازوکارهای پیش‌بینی شده برای پایش و ارزیابی طرح تحول سلامت در حوزه درمان نشان داد اگرچه سیاست‌گذار به تعبیه مکانیزم‌های موردنیاز پایش و ارزیابی طرح تحول توجه داشته، اما چند نکته قابل تأمل در پیش‌بینی این مکانیزم‌ها وجود داشته است. نخست آنکه برای پایش و ارزیابی جامع چنین طرحی، تنها در نظر داشتن ساختارهای نظارتی و تهیه چک‌لیست‌های ارزیابی کافی نیست. از آنجا که طرح تحول سلامت یکی از اصلاحات بزرگ سلامت کشور به‌شمار می‌رود، به نظر می‌رسد با توجه به متون موجود (۱۱۶)، لازم بود هنگام تدوین طرح و قبل از اجرای آن، چارچوب پایش و ارزیابی اجرای طرح مشخص شود. چارچوبی که در آن حیطه‌های پایش و ارزیابی، فهرست نشانگرهای ارزیابی در هر حیطه، منابع و روش‌های جمع‌آوری داده‌ها، ارزیابی‌کننده‌ها و نحوه استفاده از نتایج ارزیابی‌ها مشخص شود. بدون شک با طراحی و استفاده از چنین چارچوبی برای پایش و ارزیابی در سطوح ملی و استانی، امکان سنجش وضعیت و شناسایی انحراف‌ها در زمان مناسب فراهم می‌شد. لازم به ذکر است نیاز به وجود چنین چارچوبی اندکی پس از اجرایی شدن طرح احساس شد و تلاش برای تدوین آن در دستور کار ستاد طرح تحول قرار گرفت و نهایتاً مقرر شد مسؤولیت طراحی و تدوین مکانیزم‌هایی برای پایش و ارزیابی طرح تحول سلامت در حوزه درمان به یک سازمان علمی محول گردد. دوم آنکه برای پایش و ارزیابی طرح تحول سلامت در حوزه درمان، تأمین منابع انسانی کافی، مجرب و متخصص دیده نشد. پیشتر نیز اشاره شد کمبود منابع انسانی مراحل قبلی سیاست‌گذاری طرح را تحت‌الشعاع قرار داد. در این مرحله نیز نبود منابع کافی انسانی، که بتواند صرفاً به وظیفه ارزیابی سیاست پرداخته و با تحلیل وضعیت موجود و فاصله آن با وضعیت مطلوب، اقدامات اصلاحی لازم را تعیین نماید، مشهود بود و همین موضوع ارزیابی مطلوب سیاست را متأثر ساخت. به نحوی که جلسات کمیته‌های پیش‌بینی شده برای پایش و ارزیابی طرح عملاً تشکیل نمی‌شد و یا به دلیل عدم حضور افراد کلیدی و مشغله کاری زیاد آنها، کیفیت لازم را نداشت. سومین و آخرین نکته در مورد ارزشیابی سیاست به این موضوع اختصاص دارد که بیشتر مکانیزم‌های پایش و ارزیابی طرح تحول سلامت به‌گونه‌ای طراحی شده که نتیجه ارزیابی تنها به تحلیل وضعیت عملکردی نظام سلامت پس از اجرای طرح منجر شد و کمتر مکانیزمی برای انجام ارزیابی‌های مربوط به تحلیل‌های هزینه-اثربخشی، هزینه-کارایی و هزینه-فرصت اختصاص داده شد. جای خالی این‌گونه ارزیابی‌های مقایسه‌ای موضوعی است که از سوی بسیاری صاحب‌نظران سلامت تأیید شد.

در پاسخ به هدف سوم مطالعه، تحلیل محتوای سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران، یافته‌ها نشان داد با توجه به اهداف برنامه‌های مختلف طرح تحول سلامت کشور در حوزه درمان، هدف اصلی بیشتر مداخلات، حفاظت مالی بود. از منظری دیگر می‌توان این طرح را مشتمل بر برنامه‌هایی دانست که بیشتر مشارکت مالی عادلانه و بهبود سلامتی در کشور را هدف بلندمدت خود قرار داده و ارتقا کیفیت خدمات و بهبود دسترسی و پوشش را در قالب اهداف کوتاه‌مدت خود در نظر گرفته است.

در خصوص محتوای سیاست نیز اگرچه بر مبنای تجربه‌ها و شواهد در دسترس، اولویت‌بندی پاسخگویی به نیازهای نامحدود جامعه و ضرورت واکنش مناسب به وضعیت نظام درمانی، برنامه‌هایی برای اصلاح این نظام شناسایی و در طرح تحول سلامت گنجانده شد، اما این در محتوا کمبودهایی وجود

داشت که برخی از آنها ناشی از شتابزدگی در تدوین طرح بود و برخی دیگر در حین اجرای طرح خود را نشان داد و لازم است برای چاره‌اندیشی در خصوص آنها اندیشید. اهم مواردی که در محتوای طرح تحول سلامت کمتر دیده شد، عبارت بودند از:

- ✓ جلب تعهد، مشارکت و همکاری بازیگران و ذینفعان مختلف ارائه خدمات سلامت در طرح تحول سلامت؛
- ✓ تولید و استفاده از شواهد معتبر و علمی در طرح تحول سلامت؛
- ✓ هدفمند نمودن مسیر حمایت از اقشار محروم جامعه؛
- ✓ پایش و ارزیابی همه‌جانبه مداخلات مختلف طرح تحول سلامت؛
- ✓ تدوین قوانین و مقررات کافی در برخی حوزه‌های ارائه خدمات سلامت (به ویژه درمان سرپایی)؛
- ✓ پایداری منابع مالی و انسانی موردنیاز اجرای طرح؛
- ✓ طراحی بسته خدمات؛
- ✓ هزینه کردن منابع با توجه به نیازها و اولویت‌ها؛
- ✓ شیوه‌های مناسب جبران خدمات؛
- ✓ نظام ثبت، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و گزارش‌دهی درست و به موقع اطلاعات؛
- ✓ استفاده از توان بخش غیردولتی در ارائه خدمات سلامت؛
- ✓ ظرفیت‌سازی منابع انسانی موردنیاز؛
- ✓ سطح‌بندی خدمات در کشور؛
- ✓ ترویج استفاده از راهنماهای بالینی؛
- ✓ مدیریت رفتار ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت؛
- ✓ کنترل هزینه‌ها و بهره‌وری منابع؛

در پاسخ به هدف چهارم مطالعه، تحلیل وضعیت شواهد برای سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران، یافته‌ها نشان داد تولید شواهد در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت درمان، اگر چه در مقایسه با تجربه‌های قبلی اصلاحات سلامت کشور، از وضعیت مناسب‌تری برخوردار بوده و حکایت از توجه سیاست‌گذار به اهمیت تولید این شواهد داشته، ولی همچنان کمبودهایی در این زمینه مشاهده می‌شود. اول آنکه، تولید شواهد، به‌ویژه از نوع شواهد معتبر پژوهشی، به طور یکسان و متعادل در همه مراحل سیاست‌گذاری طرح صورت نگرفته و حتی در برخی از مراحل، علیرغم اهمیت فراوانی که در سیاست‌گذاری دارند، تولید شواهد مغفول مانده است. چگونگی اولویت‌بندی و چرایی انتخاب مداخلات لازم برای اعمال اصلاحات نظام سلامت، نحوه مشارکت بازیگران و غلبه بر موانع مقاومت آنها و ارزیابی‌های اقتصادی طرح از جمله موضوعات مهمی بود که به نظر می‌رسد به دلیل

محدودیت‌های سیاست‌گذار، شواهد معتبر و کافی علمی برای آن تهیه نگردید. دوم اینکه، متأسفانه به دلیل محدودیت منابع پژوهشی و در برخی مواقع فشار زمانی، تولید شواهد قوی، قابل اتکا و کشوری تحت تأثیر قرار گرفته و تولید ناکافی شواهد برای تصمیم‌گیری را موجب شده است.

یکی از نکات برجسته و قابل توجه در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت حوزه درمان کشور که از سوی بسیاری از افراد و صاحب‌نظران اعلام گردید، موضوع استفاده مداوم از این شواهد برای انجام تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری بود. البته چالش‌هایی نیز در استفاده کامل و ایده‌آل از این شواهد شناسایی شد. نیاز به پاسخگویی سریع و کوتاه‌مدت به درخواست‌ها و مطالبات جامعه و مسئولان، قابل اعتماد و اتکا نبودن برخی از شواهد، رجحان دیدگاه‌های سیاسی و ارزشی، مصلحت‌اندیشی، در دسترس نبودن به‌موقع و به‌روز برخی شواهد و انتقال نارسای پیام شواهد به سیاست‌گذار نمونه‌هایی از این چالش‌ها بودند.

در پاسخ به هدف پنجم مطالعه، تحلیل جایگاه، نقش و ارتباطات ذینفعان کلیدی مرتبط با تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران، با توجه به آنچه در خصوص ذینفعان سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت درمان و نقش و ویژگی‌های آنها بیان شد، می‌توان گفت در سیاست‌گذاری این طرح تلاش گردید مشارکت و همکاری بازیگران اصلی برنامه حتی‌المقدور فراهم شود و همکاری درون و بین‌بخشی، فراتر از آنچه در قوانین بالادستی تکلیف شده، در عرصه عمل اجرایی گردد. اما بازیگران طرح تحول، آن‌گونه و آن اندازه که برای توفیق در اجرای یک برنامه اصلاحاتی باید وارد عرصه عمل شوند، به بازی وارد نشدند و همین امر منجر به تعهد ناکافی آنها و در نتیجه بروز مقاومت‌هایی از سوی آنها شد. مهم‌ترین این بازیگران، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بخش دولتی و غیردولتی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت و انجمن‌های تخصصی و صنفی بودند که متأسفانه جلب حمایت و همراهی آنها به اندازه کافی صورت نگرفت و مخالفت‌های ابزار شده از سوی آنها، علاوه بر کاهش سرعت پیشرفت طرح، پایداری و تداوم اجرای طرح را نیز متأثر ساخت. ریشه‌یابی مشارکت و تعهد ناکافی این گروه از ذینفعان و شناسایی راهکارهای عملیاتی افزایش میزان درگیری آنها از موضوعاتی است که نیاز به مطالعه و بررسی بیشتر دارد.

در پاسخ به هدف ششم مطالعه، تعیین تأثیر سیاست تحول سلامت در بخش درمان بر تحقق اهداف پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران، با توجه به ارزیابی‌های انجام شده، می‌توان گفت اقدامات انجام شده طرح تحول سلامت در حوزه درمان در بعد حفاظت مالی تا حدودی موفق عمل کرده است، اما همچنان تا تحقق کامل اهداف این بعد فاصله وجود دارد. در بعد پوشش خدمات سلامت نیز اقدامات صورت گرفته در حوزه درمان برای فراهم آوردن امکان دسترسی گروه‌های نیازمند مناسب بوده، ولی همچنان نیازمند تلاش برای دستیابی به پوشش موثر خدمات وجود دارد. در کنار این دستاوردهای مثبت، برخی پیامدهای نامطلوب طرح در زمینه‌های تأمین پایدار منابع، نارضایتی منابع انسانی سلامت، ناهماهنگی در ارائه خدمات سطوح سه‌گانه ارائه خدمت و افزایش بی‌رویه هزینه‌های سلامت نیز شناسایی شدند.

۱۱-۲- بحث و تفسیر

نخستین یافته مطالعه حاضر گویای تأثیرگذاری شرایط زمینه‌ای در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، بود. نقش مهم زمینه در سیاست‌گذاری برنامه‌های اصلاحاتی مختلف کشورها در جهت تقویت نظام سلامت و تحقق دستیابی به پوشش همگانی سلامت در مطالعات قبلی نیز

تایید شده است و عوامل متفاوتی را معرفی کرده‌اند که در بعد زمینه، می‌تواند سیاست‌گذاری اصلاحات سلامت را متأثر سازد (۱۱۷). در مطالعه حاضر دو دسته عوامل کلان و خرد به عنوان عوامل تأثیرگذار زمینه‌ای در حوزه سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان شناسایی شد. در گروه عوامل کلان، محیط قانونی یکی از عوامل شناسایی شده بود که تأثیر آن بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان دو جنبه داشت. جنبه اول بر بستر قانونی لازم برای اصلاح سلامت در حوزه درمان اشاره داشت. با توجه به محتوای قوانین بالادستی کشور (به ویژه برنامه سیاست‌های کلی سلامت و برنامه پنجم توسعه کشور) که نشان می‌دهد بخش سلامت به صورت پررنگ در مواد و لوایح قانونی منعکس شده است (۲۴)، به نظر می‌رسد زمینه قانونی مناسبی برای سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت فراهم بوده است. اهمیت فراهم بودن بستر قانونی برای تدوین و اجرای موفق و پایدار یک سیاست سلامت موضوعی است که مطالعات گذشته بر روی آن توافق نظر دارند (۲۴، ۳۵، ۴۳، ۴۹، ۱۱۸) و همان‌گونه که در متون مربوط به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های توسعه‌ای کشورها آمده است، در توالی و ترتیب منطقی سیاست‌ها و اهداف یک کشور برای توسعه پایدار، هر گونه سیاست‌گذاری سلامت و به ویژه سیاست‌گذاری‌هایی که از نوع اصلاح نظام سلامت باشد، نمی‌تواند خارج از چارچوب‌های قانونی تدوین شده برای حرکت یک کشور باشد (۱۱۹). جنبه دوم تأثیرگذاری محیط قانونی بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان به جامه عمل نپوشیدن تکالیف تعیین شده قانونی مرتبط با اصلاح نظام سلامت در حوزه درمان مربوط بود که گزارش‌های تحلیل وضعیت نظام سلامت حکایت از آن داشت (۱۱، ۱۳، ۹۱، ۹۲، ۱۰۰، ۱۰۱). عوامل سیاسی از دیگر عوامل شناسایی شده زمینه‌ای بود که گویای تأثیرگذاری فضای سیاسی حاکم بر کشور و نیز خواست و استقبال رهبران و مدیران سیاسی کشور بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان بود. این موضوع که محیط سیاسی بشدت بر سیاست‌گذاری‌های برنامه‌های اصلاحاتی سلامت هر کشور اثر دارد، در تجربه‌های انجام اصلاحات سلامت کشورهای مختلف گزارش عنوان شده است (۲۹، ۳۵، ۴۳، ۴۹، ۵۰). به نظر می‌رسد این گروه از عوامل یکی از اصلی‌ترین عواملی باشد که نه‌تنها می‌تواند تدوین و اجرای سیاست‌های سلامت را متأثر سازد، بلکه پایداری و استمرار آن‌ها را نیز تحت‌الشعاع قرار دهد. عوامل اقتصادی و اجتماعی سومین دسته از عوامل شناسایی شده بود. یافته‌های مطالعه نشان داد از آنجا که تحول سلامت تنها یک موضوع مرتبط با نظام سلامت نیست و متغیرهای مختلف اجتماعی و اقتصادی جامعه بر آن تأثیرگذار است، سیاست‌گذاری آن نیز متأثر از شرایط اجتماعی و اقتصادی کشور می‌باشد. به نحوی که با نامناسب شدن شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور، ارائه خدمات درمانی در کشور بشدت دچار اختلال شده و به نوعی ناکامی در عملکرد مطلوب می‌رسد و اقدام برای ایجاد اصلاح را ضروری می‌سازد. سپس با بهتر شدن اوضاع و شرایط اقتصادی و اجتماعی، تدوین و اجرای طرحی برای تغییر نظام سلامت در دستور کار قرار می‌گیرد. تأثیرگذاری شرایط اقتصادی و اجتماعی بر سیاست‌گذاری‌های تحولات سلامت در بسیاری از گزارش‌های منتشره مستند شده است. این گزارش‌ها نشان می‌دهد تغییرات اقتصادی و به دنبال آن اجتماعی کشورها، به طور معنی‌داری با آغاز و یا پایان تدوین و اجرای سیاست‌های مهم اصلاحی نظام سلامت همراه بوده است (۱۲۰، ۱۲۱). دسته آخر عوامل کلان تأثیرگذار بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، عوامل بین‌المللی بود. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، تعهدات بین‌المللی که توسط نهادهای حاکمیتی بین‌المللی تدوین شد و پایبندی به آنها در زمره تعهدات کشورها قرار گرفت، اثرات چشمگیری بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت داشت. راهبرد سلامت برای همه، سلامت در همه سیاست‌ها، پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار نمونه‌هایی از این تعهدات بین‌المللی بودند. نقش کلیدی این گروه از عوامل در سیاست‌گذاری‌های اصلاحات سلامت نیز در پژوهش‌های قبلی آمده است (۱۲۲، ۱۲۳). در گروه عوامل خرد زمینه‌ای مؤثر

بر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، یافته‌های مطالعه نشان از تأثیرگذاری مجموعه‌ای از عواملی را داشت که در شکل قوت‌ها و ضعف‌های نظام سلامت، نقش پیشبرنده و بازدارنده را در سیاست‌گذاری طرح تحول داشتند. توجه به تأثیر این پیشبرنده‌ها و بازدارنده‌ها در سیاست‌گذاری‌های سلامت، متداول‌ترین توصیه‌ای است که سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت برای توفیق تدوین موفق یک سیاست و یا برنامه کلان اصلاحی از آن یاد می‌کنند. به گفته این صاحب‌نظران سیاست‌گذاری اصلاحات سلامت نمی‌تواند بدون در نظر گرفتن و انجام یک تحلیل وضعیت جامع، به سرانجام مطلوب برسد (۱۲۴).

براساس آنچه گذشت، می‌توان گفت زمینه نقش مهمی در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان داشته است و این سیاست‌گذاری در سایه توجه به عوامل زمینه‌ای صورت گرفته است. لذا از آنجا که شواهد موجود نیز حکایت از تأثیرگذاری زمینه بر هر نوع سیاست‌گذاری سلامت دارد (۱۲۵، ۱۲۶)، پیشنهاد می‌شود در سیاست‌گذاری‌های بعدی مرتبط با تحول سلامت نیز، ارزیابی‌ها و تحلیل‌های دقیق و متناوبی از وضعیت نظام سلامت در دو بعد خارجی و داخلی انجام گیرد و فهرستی از فرصت‌ها، چالش‌ها، قوت‌ها و نقاط قابل اصلاح مربوط به نظام سلامت شناسایی و با آگاهی از نحوه و میزان تأثیرات آنها و پیش‌بینی روندهای آینده، سیاست‌گذاری انجام گیرد. جریان مشکل حوزه درمان و جریان سیاست اصلاح نظام سلامت از مدت‌ها قبل شکل گرفته بودند و اثرات متقابلی بر هم داشتند. این دو جریان با گذر زمان تقویت شدند و موجبات تقویت جریان سیاسی را نیز رقم زدند. اما جریان سیاسی نیز که با روی کار آمدن دولت جدید قوت زیادی یافته بود خود باعث تقویت جریان سیاست گردید. در این میان نقش بازیگران سیاست و به ویژه شخص وزیر بهداشت و تیم همراه وی در جلب نظر سیاست‌گذاران کشوری و اولویت قرار گرفتن ایده اصلاح نظام سلامت در حوزه درمان نباید دور از نظر بماند. ذکر این مورد نیز ضروری است که همه آنچه این بازیگران برای طرح تحول سلامت در نظر داشتند، در دستور کار سیاست‌گذاری قرار نگرفت. از جمله این موارد سیاست‌های اصلاحاتی حوزه بهداشت بود که به نظر می‌رسد اولویت‌بندی دستورکارهای پیشنهادی براساس معیارهای ضرورت حل مشکل، ملاحظات تأمین منابع مالی و نیز فراهم بودن مقدمات تدوین برنامه دلیل به عقب افتادن و یا حذف برخی از ایده‌های اصلاحاتی در مراحل اولیه دستورگذاری سیاست طرح تحول سلامت بود.

یافته دوم مطالعه حاضر، جنبه‌های مختلف فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان را متمایز نمود. براساس این یافته، وقوع سه جریان مشخص و در عین حال تأثیرگذار بر یکدیگر، دستورکار قرار گرفتن طرح تحول سلامت در حوزه درمان را رقم زد. جریان مشکل حوزه درمان و جریان سیاست اصلاح نظام سلامت از مدت‌ها قبل شکل گرفته بودند و اثرات متقابلی بر هم داشتند. این دو جریان با گذر زمان تقویت شدند و اتفاقات برجسته‌ای را در حوزه خدمات درمانی کشور (نارضایتی شدید مردم از خدمات درمانی ارائه شده توسط بخش دولتی) سبب شدند، به نحوی که با بروز این اتفاقات، ضرورت تغییر نظام سلامت و ایده اصلاح آن شکل گرفت. اما از آنجا که هنوز حمایت سیاسی جلب نشده بود، این ایده وارد دستور کار نشد. دو جریان پیشگفت به مرور، جریان سیاسی را قوت بخشید و سرانجام با روی کار آمدن دولت جدید، باعث تقویت جریان سیاست گردید. به نظر می‌رسد در باز شدن پنجره فرصت دستورگذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان، نقش جریان سیاسی و دخالت بیش از دو جریان دیگر باشد و نقش بازیگران سیاست و به ویژه شخص وزیر بهداشت و تیم همراه وی در جلب نظر سیاست‌گذاران کشوری و اولویت قرار گرفتن ایده اصلاح نظام سلامت در حوزه

درمان نباید دور از نظر بماند. مروری بر تجربه دیگر کشورهای دارای سابقه اجرای طرح‌های تحول سلامت نیز دال بر پررنگ بودن نقش جریان سیاسی و همزمانی شروع تحولات مهم اصلاحاتی نظام سلامت با روی کار آمدن وزرای جدید سلامت است (۲۹، ۴۹، ۵۰). البته همه آنچه این بازیگران برای طرح تحول سلامت در نظر داشتند، در دستور کار سیاست‌گذاری قرار نگرفت. از جمله این موارد سیاست‌های اصلاحاتی حوزه بهداشت بود که به نظر می‌رسد اولویت‌بندی دستور کارهای پیشنهادی براساس معیارهای ضرورت حل مشکل، ملاحظات تأمین منابع مالی و نیز فراهم بودن مقدمات تدوین برنامه، دلیل به عقب افتادن و یا حذف برخی از ایده‌های اصلاحاتی در مراحل اولیه دستورگذاری سیاست طرح تحول سلامت بود. این نکته را نیز باید اضافه کرد که در کنار این اولویت‌بندی برای تعریف مسأله تحول سلامت در حوزه درمان در مرحله دستورگذاری، ارزش‌ها هم نقش مهمی را داشته‌اند. نقش ارزش‌ها در فرایند سیاست‌گذاری سلامت در مطالعه مروری شمس و همکارانش اشاره شده است (۱۲۷).

در خصوص تدوین سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان، یافته‌ها نشان داد که تشکیل کارگروه‌های مرتبط با سیاست‌گذاری طرح تحول و فعالیت مداوم آن‌ها نقش مهمی در تدوین سیاست تحول با بهره‌گیری از پشتوانه تعهد سیاسی داشت. اهمیت استفاده از چنین رویکردهای گروهی و بهره‌گیری از یک اتاق یا مرکز فکر که بتواند خطوط کلی حرکت نظام سلامت در مسیر تغییر و تحولات را تعیین نماید، از آموزه‌هایی است که در متون قبلی مربوط به پیاده‌سازی اصلاحات نظام سلامت توصیه شده است (۲۹، ۱۲۴). اما نگاهی عمیق‌تر به ترکیب و نحوه‌ی فعالیت این کارگروه‌های در تدوین سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان، یکی از آسیب‌های بدنه سیاست‌گذاری تحول سلامت که همان حاکم بودن دیدگاه دولتی صرف در فرایند سیاست‌گذاری و مشارکت ندادن بخش غیردولتی است را آشکار می‌نماید. البته این آسیب مختص طرح تحول سلامت نبود و آن‌گونه که شواهد نشان می‌دهد، یکی از مشکلات شایع سیاست‌گذاری‌های بخش سلامت می‌باشد (۱۲۸). این در حالی است که مطالعات بسیاری بر همکاری و مشارکت بین‌بخشی و تاثیر آن در تضمین موفقیت برنامه‌های اصلاحی سلامت تاکید کرده‌اند (۲۹، ۳۲، ۵۰). به نظر می‌رسد همین توجه ناکافی به مشارکت دادن بازیگران مختلف درگیر در تحول سلامت در حوزه درمان، اجرای این سیاست را تا حدودی با دشواری مواجه نمود و مقاومت‌هایی را از سوی صاحبان مختلف فرایند در مراحل اجرایی طرح ایجاد نمود. مقاومت‌هایی که برای رفع آن‌ها لازم بود زمان و انرژی صرف شود و همین امر سهولت اجرای طرح را متاثر ساخت. بروز چنین مقاومت‌هایی که دلیل اصلی آن اطلاع و مشارکت ناکافی صاحبان فرایند در مرحله تدوین سیاست، امری اجتناب‌ناپذیر است (۱۲۹). جنبه دیگر فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان ناظر بر ارزشیابی این طرح بود که با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد اگر چه سیاست‌گذار در مرحله سیاست‌گذاری به پایش طرح و چگونگی انجام آن توجه داشته، ولی کمتر موضوع مهم ارزیابی و شناسایی نشانگرهای مناسب درون‌دادی، فرآیندی و برون‌دادی را برای آگاهی از نحوه عملکرد این طرح و شناخت شکاف‌های احتمالی در نظر داشته است. عدم توجه به موضوع ارزیابی برنامه‌های کلان اصلاحات سلامت، یکی از چالش‌های رایج کشورهای با سطح درآمد متوسط و پایین در سیاست‌گذاری‌های سلامت است (۱۱۲، ۱۳۰). ناکافی بودن ظرفیت‌های ملی برای طراحی چارچوب‌های ارزیابی و نیز کمبودهایی داده‌ای و ضعف سیستم‌های اطلاعاتی و تولید شواهد معتبر برای تصمیم‌گیری، عمده‌ترین دلایل شناخته شده است که سبب کم‌رنگ دیده شدن ارزیابی و توجه کم به آن در مراحل اولیه برنامه‌ریزی در این کشورها می‌شود. لذا با توجه به تأثیر عامل نظارت و مکانیزم‌های کنترل وضعیت در موفقیت برنامه‌های اصلاح سلامت (۳۳، ۳۵، ۴۱، ۴۵)، لازم است زیرساخت‌های انجام این عملکرد مهم مدیریتی در سیاست‌گذاری‌های بعدی در نظر گرفته شود.

سومین یافته مطالعه که مربوط به محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان بود نشان داد تلاش زیادی برای تهیه و تدوین فهرستی از اهداف و برنامه‌های موردنیاز و اولویت‌دار اصلاح نظام سلامت در حوزه درمان انجام گرفت، اما محتوای طراحی شده، اولاً به صورت کامل و روشن هدف از اجرای طرح و مقصد بعدی طرح را تبیین نکرد و ثانیاً به گونه‌ای اطلاع‌رسانی نشد که بتواند حمایت کافی عمومی را داشته باشد و همین امر سیاست-گذاری مطلوب طرح تحول سلامت را تا حدودی تحت‌الشعاع قرار داد. در تجربه موفق اصلاحات کشور ترکیه نیز این نتیجه‌گیری شد که در اجرای برنامه اصلاحی پیشنهادی دولت برای نظام سلامت، تدوین اهداف و مقاصد برنامه‌های اصلاحی سلامت در بازه‌های زمانی مختلف به نحوی که بتواند گویای مسیر راه برنامه‌ها باشد، از عوامل مؤثر در پیاده‌سازی موفق اصلاحات سلامت است (۴۹). نتایج برخی از مطالعات قبلی نیز اهمیت اطلاع‌رسانی و به ویژه استفاده از رسانه‌ها را در معرفی و کسب حمایت عمومی به عنوان پیشبرنده موفقیت اجرای برنامه‌های اصلاحی سلامت (۱۳۱، ۱۳۲) و پیامدهای نادیده گرفتن این پیشبرنده (۱۳۳) را گوشزد نموده‌اند. از دیگر نکات حایز اهمیت در محتوای سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان، جهت‌گیری اهداف این طرح بود که به نظر می‌رسد هدف افزایش کارایی، هدفی بود که کمتر در فهرست اهداف برنامه‌های تحول سلامت دیده شد. لذا از آنجا که تجربه نشان داده همیشه اختصاص منابع بیشتر به سلامت به معنای دستیابی بیشتر به اهداف سلامت نیست (۱۳۴)، به نظر می‌رسد توجه بیشتر به تدوین برنامه‌هایی با هدف ارتقای کارایی نظام سلامت در طرح تحول سلامت لازم باشد.

چهارمین یافته مطالعه حاضر، نقش ذینفعان، تولید و استفاده از شواهد و نیز تأثیر این دو عامل را در فرایند سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان آشکار نمود و نشان داد اگرچه در سیاست‌گذاری این طرح شناسایی و مشارکت ذینفعان در سیاست‌گذاری تا حدودی تأمین شده است، ولی همچنان نیاز به صرف زمان بیشتر برای شناسایی دقیق‌تر و جامع‌تر ذینفعان، تعیین و تحلیل موقعیت آنها از ابعاد قدرت و موضع و نیز استفاده از راهکارهای تقویت و جلب مشارکت و همراهی بیشتر ذینفعان احساس می‌شد. وجود ضعف در تعیین نقش بازیگران کلیدی و توجه ناکافی به هماهنگی و تعامل سازنده بین ذینفعان در مطالعات قبلی تحلیل سیاست‌گذاری‌های کشور نیز گزارش شده است. این در حالی است که در بیشتر گزارش‌های تحلیل سیاست‌گذاری برنامه‌های اصلاحاتی سلامت کشورهای مختلف توجه زیادی به موضوع همکاری و مشارکت ذینفعان در توفیق تداوم و استمرار برنامه‌های اصلاحاتی شده و راهکارها و ساختارهای مشخصی برای جلب همکاری این افراد و نهادها تعبیه شده است (۲۹، ۳۲، ۵۰). بنابراین توصیه می‌شود در سیاست‌گذاری‌های کلان اصلاح سلامت، به هماهنگی و مشارکت بین‌بخشی و یافتن راهکارهایی مناسب برای همراه کردن آنها در پشتیبانی و حمایت از برنامه‌های اصلاحاتی سلامت که معمولاً فرایند زمان‌بری است، توجه ویژه شود. در خصوص شواهد نیز این‌گونه که یافته‌ها نمایان ساخت با وجود وضعیت تقریباً قابل قبول تولید شواهد معتبر و استفاده از آنها برای مقاصد سیاست‌گذاری، تا رسیدن به وضعیت مطلوب سیاست‌گذاری مطلع و مبتنی بر شواهد در برنامه‌های اصلاح سلامت که براساس مطالعات قبلی اهمیت بسیاری دارد (۱۳۵)، فاصله وجود دارد. عوامل مختلفی برای وجود این شکاف در تولید و استفاده از شواهد شناسایی شده است که از آن جمله می‌توان به نگرش‌های سیاسی، امکان‌پذیری مدیریتی، زمان، ماهیت سیاست‌ها، مهارت‌ها، توانایی‌ها و ارزش‌های بازیگران عرصه سیاست، ابزارهای پشتیبان تصمیم‌گیری، عوامل زمینه‌ای، خلاهای اطلاعاتی و نیز مشکلات مربوط به جمع‌آوری داده‌ها و انجام پژوهش‌ها اشاره کرد (۱۳۶). در این مطالعه به نظر می‌رسد چالش‌های مربوط به تولید و استفاده از شواهد بعضی برگرفته از تأثیرگذاری

ارزش‌ها بر سیاست‌گذاری بوده و برخی از نواقص ساختاری و رفتاری نظام سلامت نشأت گرفته است. البته نباید این را از نظر دور داشت که خوشبختانه با توجه به فراهم آمدن زمینه تعاملات بیشتر منطقه‌ای و جهانی که به عنوان یکی از فرصت‌های نظام سلامت از آن یاد شده (۱۳۷)، روند تولید و استفاده از شواهد در سیاست‌گذاری‌های اصلاحات نظام سلامت رو به بهبود و پیشرفت گذاشته است.

آخرین یافته مطالعه حاضر تحول تاثیر سیاست طرح تحول سلامت در حوزه درمان را بر دستیابی به پوشش همگانی سلامت بیان نمود. بر اساس این یافته، بیشترین دستاورد این طرح که با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت اجرایی شد، در جزء حفاظت مالی حاصل شده است. لذا به استناد تأییدی که بر بهبود وضعیت حفاظت مالی به عنوان اصلی‌ترین عنصر تحقق پوشش همگانی دارند (۲۷، ۱۳۸) و نیز مشابه تجربه‌ای که بسیاری از کشورها در مسیر تحقق این هدف جهانی داشتند (۳۰، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۸-۴۶)، می‌توان اذعان داشت مسیر حرکت قطار اصلاح سلامت کشور به درستی تعیین شده و این اقدام، حرکتی موفق در کشور بوده است. در جزء پوشش خدمات نیز اگرچه دستاوردهای حاصل شده، ولی با توجه به اهمیت صرفه‌جویی در منابع، رعایت کارایی و توزیع عادلانه منابع، لازم است پوشش مؤثر خدمات سلامت مطمح‌نظر قرار گیرد. البته حفظ دستاوردهای کنونی و نیز حصول موفقیت‌های بیشتر، مستلزم پایداری سیاسی و مالی این طرح کلان می‌باشد. موضوعی که در بیشتر تجربه‌های قبلی حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت اشاره شده است (۲۶، ۳۵، ۴۵، ۴۹، ۵۰).

کلام آخر اینک، در طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور بدون شک، حل مشکلات نظام ارائه خدمات درمانی و رفع نگرانی‌های جامعه در خصوص آن، دغدغه اصلی سیاست‌گذاران سلامت بوده و هست. سیاست‌گذاری این طرح با همه قوت‌ها و کاستی‌هایی که داشته، نهایتاً اجرای این طرح ملی را رقم زد. با گذشت دو سال از اجرای این سیاست، آنچه از نقطه‌نظر سیاست‌گذاری در مقطع کنونی باید بیش از هر چیز دیگر مورد توجه قرار گیرد آن است که فرایند اصلاحات سلامت، فرایندی درازمدت است و نمی‌توان در کوتاه‌مدت منتظر تحقق همه اهداف متصور برای اصلاحات شد. به‌خصوص آنکه در کشور ما شروع موج جدید اصلاحات با تلاش برای جبران کاستی‌های حاصل از تحریم‌های اقتصادی همزمان بود. زمان بر بودن فرایند اصلاحات نیاز به تدوین نقشه‌راه تحولات بعدی سلامت در حوزه درمان را در کشور ضروری می‌سازد. نقشه‌راهی که با توجه به اولویت‌های سلامت، مسیر صحیح هزینه کردن منابع و مدیریت آنها مشخص شود و با بهره‌گیری از همت، هم‌اندیشی و تعامل سازنده و متعهدانه ذینفعان مختلف طرح، برای تبدیل این تحول به یک تغییر پایدار، هدفمند و بنیادین چاره‌اندیشی نماید. بدون شک اجرای این برنامه مستلزم پایدار کردن تأمین و اختصاص به‌هنگام منابع مالی بخش سلامت خواهد بود که نباید از دید مسؤولان کشوری دور بماند.

1. Kisha Braithwaite. Health Is a Human Right, Right? American Journal of Public Health September 2008: 98 (Supplement1): S5-S7.
2. World Health Organization. The World health report 2000: Health systems: Improving performance. Geneva: WHO; 2000.
3. World Health Organization. Health and Sustainable Development Key Health Trends. Available from http://www.who.int/mediacentre/events/HSD_Plaq_02.2_Gb_def1.pdf
4. Schmidt H, Gostin L, Emanuel E. Public health, universal health coverage, and sustainable development goals: Can they coexist? The Lancet, Published Online June 30, 2015.
5. World Health Organisation, The World Health Report 2010: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2008.
6. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage .at country and global levels. PLoS Med 2014; 11(9): e1001731.
7. Fried ST, Khurshid A, Tarlton D, Webb D, Gloss S, Paz C, et al. Universal health coverage: necessary but not sufficient. Reproductive health matters 2013; 21(42):50-60.
8. Giedion U, Alfonso E, Díaz Y. The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence. The World Bank, Washington DC, January 2013.
9. Moshiri E, Rashidian A, Arab M, Khosravi A, Using an Analytical Framework to Explain the Formation of Primary Health Care in Rural Iran in the 1980s., Arch Iran Med. 2016 Jan;19(1):16-22.
10. Doshmangir L, Fakhri A. Universal Health Coverage and Policy Decision to Achieve it. Tehran: Ayande Pazhuh Publications; 2014. (Persian)
11. Ministry of Health and Medical Education. Health Sector in 11th Government of Iran 2015. Formal report.
12. Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures. Available from URL: http://www.photius.com/rankings/world_health_performance_ranks.html
13. Ministry of Health and Medical Education. The measures of Health Sector 2015. Formal report.
14. The health transformation in the treatment department. Available at <http://nihr.tums.ac.ir/wp-content/uploads/2015/06/Dr.aghajani.pdf>
15. Neely A, Gregory M, Platts K. Performance measurement system design: A literature review and research agenda. International Journal of Operations & Production Management. 1995; 15(4):80-116.
16. Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., & et al., Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. British Medical Journal. 2000; 321(7262): 694-6.
17. Doshmangir L, Mostafavi H, Rashidian A. How to do policy analysis? A view on approaches and modes of policy analysis in health sector. Hakim Health Sys Res 2014; 17(2): 138- 150. (Persian)
18. John P. Analysing public policy: Continuum International Publishing Group; 1998.

19. Parsons W. Public policy. Cheltenham, Northampton; 1995.
20. Cheung KK, Mirzaei M, Leeder S. Health policy analysis: a tool to evaluate in policy documents the alignment between policy statements and intended outcomes. *Australian Health Review* 2010; 34(4):405-13.
21. Coveney J. Analyzing public health policy: Three approaches. *Health Promotion Practice* 2010; 11(4):515.
22. Pham Na et al. The evaluation of HIV policy in Vietnam: From punitive control measures to a more rights-based approach. *Global Health Action* 2010, 3: 4625-4625.
23. Gilson, L. and N. Raphaely, The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 0992–2117. *Health policy and planning*, 2118. 22(5): 292-217.
24. Akhavan Behbahani A. A review of health policies of Iran in the development plans. *Scientific Journal of Medical Organization*. 2013; 31(2):105-112. (Persian)
25. Nabipour I. Megatrend analysis of the health policies of I.R.Iran. *ISMJ* 2014; 17(5): 1007-1030. (Persian)
26. Gholipour R, Nattagh F. Analysis of health reform: Challenges and consequences. The first national conference of public management in Iran. Tehran, 2015. (Persian)
27. Doshmangir L. Analyzing policies influencing equitable financing in Iranian Health system. Ph.D thesis, Iran University of Medical Sciences, 2015. (Persian)
28. Hou J, Ma J. Analysis of main policy of health system reform in China. *Journal of Shanghai Jiaotong University (Medical Science)*. 2013; 6: 49-53.
29. Onoka CA, Hanson K, Hanefeld J. Towards universal coverage: a policy analysis of the development of the National Health Insurance Scheme in Nigeria. *Health Policy and Planning* 2014; 1–13.
30. Cortez R, Romero D. Increasing Utilization of Health Care Services among the Uninsured Population: The Plan Nacer Program. The World Bank, Washington DC, January 2013.
31. Couttolenc B, Dmytraczenko T, Brazil's Primary Care Strategy. The World Bank, Washington DC, January 2013.
32. Liang L, Langenbrunner JC. The Long March to Universal Coverage: Lessons from China. The World Bank, Washington DC, January 2013.
33. Torres FM. Costa Rica Case Study: Primary Health Care Achievements and Challenges within the framework of the Social Health Insurance. The World Bank, Washington DC, January 2013.
34. Workie NW, Ramana GNV. The Health Extension Program in Ethiopia. The World Bank, Washington DC, January 2013.
35. Pena CL. Improving Access to Health Care Services through the Expansion of Coverage Program (PEC): The Case of Guatemala. The World Bank, Washington DC, January 2013.
36. Nagpal S. Expanding Health Coverage for Vulnerable Groups in India. The World Bank, Washington DC, January 2013.

37. Harimurti P, Pambudi E, Pigazzini A, Tandon A. The Nuts & Bolts of Jamkesmas, Indonesia's Government-Financed Health Coverage Program for the Poor and Near-Poor. The World Bank, Washington DC, January 2013.
38. Chao S. Jamaica's Effort in Improving Universal Access within Fiscal Constraints. The World Bank, Washington DC, January 2013.
39. Ramana GNV, Chepkoech R, Workie NW, Improving Universal Primary Health Care by Kenya A Case Study of the Health Sector Services Fund. The World Bank, Washington DC, January 2013.
40. Giuffrida A, Jakab M, Dale EM. Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. The World Bank, Washington DC, January 2013.
41. Janett RS. Massachusetts Health Reform: Approaching Universal Coverage. The World Bank, Washington DC, January 2013.
42. Bonilla-Chacín ME, Aguilera N. The Mexican Social Protection System in Health. The World Bank, Washington DC, January 2013.
43. Chakraborty S. Philippines' Government Sponsored Health Coverage Program for Poor Households. The World Bank, Washington DC, January 2013.
44. Somanathan A, Dao HL, Tien TV. Integrating the Poor into Universal Health Coverage in Vietnam. The World Bank, Washington DC, January 2013.
45. Hanvoravongchai P. Health Financing Reform in Thailand: Toward Universal Coverage under Fiscal Constraints. The World Bank, Washington DC, January 2013.
46. Bitran R. Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGE Benefits Package. The World Bank, Washington DC, January 2013.
47. Montenegro TF, Acevedo. OB. Colombia Case Study: The Subsidized Regime of Colombia's National Health Insurance System. The World Bank, Washington DC, January 2013.
48. Smith O, World Bank. UNICO Studies Series 16 Georgia's Medical Insurance Program for the Poor. The World Bank, Washington DC, January 2013.
49. Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor. The World Bank, Washington DC, January 2013.
50. Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, Reich M. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development A Synthesis of 11 Country Case Studies. The World Bank 1818 H Street NW, Washington.
51. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994; 9(4): 353-370.
52. World Health Organization. Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy. Edited by Green A, Bennett S. Geneva, Switzerland; 2007.
53. Kingdon J, *Agendas, alternatives, and public policies*. HarperCollins: New York; 1995.
54. Marandi SA, Larijani B, Azizi F, Jamshidi HR. *Health in Islamic Republic of Iran (Vole I)*. 2st Ed. Andishmand Publication; 2014. (Persian)

55. Constitution of the Islamic Republic of Iran. 1979. [http://dl.irpdf.com/ebooks/Part7/www.irpdf.com\(3474\).pdf](http://dl.irpdf.com/ebooks/Part7/www.irpdf.com(3474).pdf). (Persian)
56. Management and planning organization. The law of 3th program of economic, social and cultural development of Islamic Republic of Iran 2000-2004; 2000. (Persian)
57. Management and planning organization. The law of 4th program of economic, social and cultural development of Islamic Republic of Iran 2005-2009; 2005. (Persian)
58. Management and planning organization. The law of 5th program of economic, social and cultural development of Islamic Republic of Iran 2011-2015; 2011. (Persian)
59. The vision of the Islamic Republic of Iran in 1404; 2003. (Persian)
60. The ministry of health and medical education. The master plan of health; 2010. (Persian)
61. Pileroudi C. The district primary health care networks in Iran. UNICEF; 2002.
62. Shadpour, K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2000; 6 (4): 822-825.
63. Majdzadeh R. Family physician implementation and preventive medicine; opportunities and challenges. *Int J Prev Med* 2012; 3: 665-9.
64. Doshmangir L, Rashidian A, Akbari Sari A. Unresolved issues in medical tariffs: Challenges and respective solutions to improve tariff system in Iranian health sectors. *Hospital Journal* 2011; 10 (4): 21-30. (Persian)
65. The act of Ministry of Health and Medical Education formation. The Parliament of Islamic Republic of Iran: 1985. (Persian)
66. Mirmoghtadaei Z, Rokhafroz D, Salarianzade MH. A review of challenges of integration of the medical education system and health delivery system in terms of human capital. *Journal of Health Management* 2015; 6 (2): 7-15. (Persian)
67. Abbasi Moghaddam MA, Razavi SM, Nooraei SM. Attitude of key academic persons about integration of medical education into health services. *Tehran Univ Med J* 2004; 62 (1) :80-88. (Persian)
68. Marandi SA. The integration of medical education and health care services in the I.R. of Iran and its health impacts. *Iranian J Publ Health* 2009; 38 (1): 4-12.
69. Majdzadeh R, Nedjat S, Denis JL, Yazdizadeh B, Gholami J. Linking research to action' in Iran: two decades after integration of the Health Ministry and the medical universities. *Public Health* 2010; 124(7):404-11.
70. Shackebaei D, Karami Matin B, Amolaee KH, Rezaie M, Abdolmaleki P, Reshadat S, Ashraf Godini A. Achieving the goals of integration of medical education and health service delivery systems from the viewpoint of the faculty members of Kermanshah University of Medical Sciences. *SJKU* 2011; 16 (1): 81-98. (Persian)
71. Khojasteh A, Momtazmanesh N, Entezari A, Einollahi B. Integration of medical education and healthcare service. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38(Suppl.1):29-31.

72. Entezari A, Momtazmanesh N, Khojasteh A, Einollahi B. Toward social accountability of medical education in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38(Suppl.1):27-28.
73. The law of formation of board of trustees of Tehran University, approved by The Parliament. 1967. (Persian)
74. Sajadi HS, Maleki M, Ravaghi H, Farzan H, Aminlou H, Hadi M. Evaluation of board performance in Iran's universities of medical sciences. *Int J Health Policy Manag* 2014; 3: 235–241.
75. Karimi S. The New managerial approach for hospital administration: weakness and provision. *Journal of Health Administration* 2002; 4 (11):81-86. (Persian)
76. Rostam Niyakankalhari SH. The study and analysis of efficiency and effectiveness of hospital performance in light of new managerial approach for hospital administration [dissertation]. Iran University of Medical Sciences & Healthcare services; 2001. (Persian)
77. Zarenezhad A, Akbari M, Yazdizade Z. Three decades of efforts in the field of health system in Iran. The ministry of health and medical education; 2008. (Persian)
78. The ministry of health and medical education. Hospitals structures reform: The report of 48th summit of medical universities chancellors; 2003. (Persian)
79. The ministry of health and medical education. Guidelines of managing mentioned hospital set in Table No. (8) of the total budget in 2006; 2007. (Persian)
80. Sajadi HS, Hadi M, Maleki M, Tourani S. Does Transfer of Hospital Governance to Board of Trustees per se Lead to Improved Hospital Performance?. *International Journal of Hospital Research* 2012, 1(2):97-102.
81. Sajadi HS, Hadi M, Mohaghegh B, The Study of effect of hospital governing model through board of trustees on performance indicators using interrupted time-series analysis. The research center of the Parliament of Islamic Republic of Iran; 2012. (Persian)
82. Doshmangir L, Rashidian A, Ravaghi H, Takian A, Jafari M. The experience of implementing the board of trustees' policy in teaching hospitals in Iran: an example of health system decentralization. *Int J Health Policy Manag* 2015; 4: 207–216.
83. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy Plan* 2011; 26(2): 163-73.
84. Mehrolhassani MH, Jafari Sirizi M, Poorhoseini SS, Yazdi Feyzabadi V. The challenges of implementing family physician and rural insurance policies in Kerman province, Iran: A Qualitative Study. *Journal of Health & Development* 2012; 1 (3): 193-206. (Persian)
85. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Fam Pract* 2013; 30(5):551- 559.
86. Torabian S, Damari B , Cheraghi MA. Rural Insurance and family physicians satisfaction. *Payesh* 2014; 13: 561-573.
87. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirdavani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani monfared A, Nahvijoy A. Satisfaction of family physicians about effective factors on activation of family

- physician program in medical universities. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2010; 76: 48-55. (Persian)
88. Ashrafian Amiri H, Mikaniki E, Nasrollahpour Shirvani S, Kabir M, Jafari N, Rahimi kolamrodi H, et al . Satisfaction of patients with rural insurance in terms of the first and second levels of health services presentation in Northern provinces of Iran 2014; 23 (90):14-23. (Persian)
 89. Marandi SA, Larijani B, Azizi F, Jamshidi HR. *Health in Islamic Republic of Iran (Vole II)*. 2st Ed. Andishmand Publication; 2014. (Persian)
 90. The statute of Iranian Health Insurance Organization. The Council of Ministers. No. 102828: 2012. (Persian)
 91. Ministry of health and medical education. *Achievements, opportunities and threats of Islamic Republic of Iran's health system (Vole I)*; 2014. (Persian)
 92. Ministry of health and medical education. *Achievements, opportunities and threats of Islamic Republic of Iran's health system (Vole II)*; 2014. (Persian)
 93. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Med J Islam Repub Iran* 2013; 27(1):42-49.
 94. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *Int J Health Policy Manag* 2015; 4(10):637–640.
 95. Rajabi F, Majdzedeh R, Salarianzade MH, Rostami N, Kashipour M, Esmaelzade H et al. The analysis of challenges and trend influencing the health system [research report]. Tehran: Tehran University of Medical sciences; 2011. (Persian)
 96. Delavari A, Vosooghmoghadam A, Shadpour K, Seifolahi M, The report of situation analysis of stewardship in health, Ministry of health and medical education; 2011. (Persian)
 97. The legislationvision of the government cabinet No. 142435: 2013. (Persian)
 98. The legislationvision of the government cabinet No. 173496: 2013. (Persian)
 99. The full text of the program, principles and policies of the President Rouhani: 2013. (Persian)
 100. The plan of the Hashemi for Ministry of Health and Medical Education: 2013. (Persian)
 101. Ministry of health and medical education. *The performance report of 100days*; 2013. (Persian)
 102. Doshmangir L. What is the main cause of insurance problems in Iran? *Journal of Medical Council of Iran* 2011; 29 (4):395-396. (Persian)
 103. Ministry of Health and Medical Education. *The guidelines of health transformation plan in treatment affairs*, 2014. (Persian)
 104. World Health Organization. *Rapid review of the I.R. of Iran Health Transformation Plan (HTP)*. 2015.
 105. Iranian Health Insurance Organization. *Annual reports of IHIO during 2012 -2013*. Tehran: 2015. (Persian)
 106. The National Institue of Health Research, *The study of utilization of healthcare services in Iran*, 2014, Tehran: 2015. (Persian)

107. Ardalan A, et al., I.R.Iran national health disaster and emergency response, Tehran: Azarbarzin Publication, 2015. (Persian)
108. Rashidian A, et al., Health and population status in Iran. Ministry of Health and Medical Education, Tehran: 2012. (Persian)
109. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity: Oxford university press; 2008.
110. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland, 2010.
111. Ssengooba F., Rahman S.A., Hongoro C., Rutebemberwa E., Mustafa A., Kielmann T. & McPake B. (2007) Health sector reforms and human resources for health in Uganda and Bangladesh: mechanisms of effect. *Human Resources for Health*, 5(3), 1-13.
112. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva, Switzerland, 2015.
113. Ministry of Health and Medical Education. The performance report of MOHME at the end of 2015. (Persian)
114. Gorji A, Sanctions against Iran: The Impact on Health Services. *Iran J Public Health*. 2014 Mar; 43(3): 381–382.
115. Massoumi RL, Koduri S. Adverse effects of political sanctions on the health care system in Iran. *J Glob Health* 2015 Dec; 5(2): 020302.
116. Azadarmaki T, Monavari N. A content analysis of cultural policies given constitution, cultural policy document and the Fifth development plan of Iran. *Rahbordfarhangi* 2012; 1(3): 7-37. (Persian)
117. George A, Scott K, Garimella S, Mondal S, Ved R, Sheikh K. Anchoring contextual analysis in health policy and systems research: A narrative review of contextual factors influencing health committees in low and middle income countries. *Social Science & Medicine*. 2015;133:159-67.
118. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet*. 2012;380(9845):924-32.
119. Green A. An introduction to health planning for developing health systems: Oxford university press; 2007.
120. Do N, Oh J, Lee JS. Moving toward Universal Coverage of Health Insurance in Vietnam: Barriers, Facilitating Factors, and Lessons from Korea. *J Korean Med Sci*. 2014 Jul;29(7):919-925. <https://doi.org/10.3346/jkms.2014.29.7.919>
121. Bitran R. Universal Health Coverage Reforms: Patterns of Income, Spending and Coverage in Four Developing Countries. Results for development Institute, USA. 2012.
122. Hsieh JY. Policy analysis in Taiwan from an international perspective. *Policy Analysis in Taiwan*. 2015;5:219.
123. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet*. 2012;380(9845):924-32.

124. Busse R, Rokosová M, Hava P, Schreyoegg J, Organization WH. Health care systems in transition: Czech Republic. 2005.
125. Collins C, Green A, Hunter D. Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health Policy*. 1999;47:69–83.
126. Araújo Jr JLC, Maciel FR. Developing an operational framework for health policy analysis. *Rev bras saúde matern infant Recife*. 2001;1(3):203–21.
127. Shams L, Akbari Sari A, Yazdani S. Values in health policy – a concept analysis. *Int J Health Policy Manag*. 2016;5(11):623–630.
128. World Health Organization. Monitoring, evaluation and review of national health strategies. Geneva, Switzerland: 2011.
129. Barnett T, Sellick K, Cross M, Walker L, James A, Henderson S. Preparing student nurses for healthcare reform [online]. *Focus on Health Professional Education: A Multi-disciplinary Journal*,. 14, No. 1, Oct 2012: 23-34.
130. Wagstaff A, Cotlear D, Eozenou PH-V, Buisman LR. Measuring progress towards universal health coverage: with an application to 24 developing countries. *Oxford Review of Economic Policy*. 2016;32(1):147-89
131. Tantivess S, Walt G. The role of state and non-state actors in the policy process: the contribution of policy networks to the scale-up of anti-retroviral therapy in Thailand. *Health Policy Plan*. 2008;23:328–38.
132. Stover J, Johnston A. *The Art of policy formulation: experiences from Africa in developing national HIV/AIDS policies*. Washington DC: The Futures group International; 1999
133. Etiaba E, Uguru N, Ebenso B, Russo G, Ezumah N, Uzochukwu B Onwujekwe O. Development of oral health policy in Nigeria: an analysis of the role of context, actors and policy process. *BMC Oral Health*, 2015; 15:56.
134. World Health Organization. *Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva, Switzerland: 2010.
135. Onwujekwe O, Uguru N, Russo G, Etiaba E ,Mbachu C, Mirzoev T, et al. Role and use of evidence in policymaking: an analysis of case studies from the health sector in Nigeria. *Health Research Policy and Systems*. 2015;13(1):1.
136. Littlejohns P, Weale A, Chalkidou K, Faden R, Teerawattananon Y. Social values and health policy: a new international research programme. *J Health Organ Manag* 2012;26(3):285-92.
137. World Health Organization. *Health Systems Profile*.
138. Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001701.

پیوست ۱: فرم مطلع‌سازی مشارکت‌کنندگان**فرم مطلع‌سازی مشارکت‌کنندگان**

با گذشت دو سال از اجرای برنامه تحول سلامت در بخش درمان کشور، انجام ارزیابی جامع و کامل از این طرح ضروری به نظر می‌رسد. انجام این ارزیابی ضمن کمک به شناسایی وضعیت موجود و پاسخ به این سوال که اهداف طرح تا چه اندازه پوشش داده شده است، می‌تواند قوت‌های و نقاط قابل اصلاح برنامه را نشان دهد و امکان اصلاح و بهبود آن را فراهم نماید. براین اساس مطالعه حاضر با هدف **تحلیل جامع سیاست‌گذاری تحول سلامت در بخش درمان از ابتدا تاکنون (۱۳۹۳-۱۳۹۴)** با استفاده از مدل‌ها و ابزارهای سیاست‌گذاری انجام شد. از جنابعالی/سرکارعالی دعوت می‌شود باتوجه به تجربه و تخصصی که در این زمینه دارید در این مطالعه، که مشخصات اصلی آن در ادامه آورده شده است، شرکت فرمایید. پیشاپیش از بذل توجه و همکاری که برای مطالعه این فرم و قبول شرکت در مطالعه دارید، از شما سپاسگزارم.

هدف مطالعه

تحلیل تأثیر زمینه اجتماعی-اقتصادی-سیاسی و فرهنگی کشور بر روند سیاست‌گذاری، فرایند سیاست‌گذاری، محتوای سیاست‌گذاری، وضعیت شواهد برای سیاست‌گذاری، جایگاه، نقش و ارتباطات ذینفعان کلیدی و تأثیر سیاست تحول سلامت در بخش درمان کشور ایران از اهداف یان مطالعه هستند.

پژوهشگر

پژوهش توسط تیم پژوهشی به سرپرستی **دکتر حانیه‌سادات سجادی**، عضو هیات علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران انجام می‌گیرد. معصومه حسینی و آرزو دهقانی مجریان این تیم پژوهشی هستند و همکاران نیز رحیم خداپاری زرنق، حامد زندیان، سیده سنا حسینی می‌باشند.

مشارکت‌کنندگان

همه افراد مطلع، سیاست‌گذاران، سیاست‌سازان و ذینفعان مختلف تحول سلامت در بخش درمان، از سازمان‌های مختلفی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نظام پزشکی و پرستاری جمهوری اسلامی ایران، بیمه‌های سلامت و شورای عالی بیمه سلامت، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت راهبردی ریاست جمهوری، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و دانشگاه‌های علوم پزشکی برای شرکت در مطالعه دعوت شده‌اند. مشارکت در مطالعه داوطلبانه و با رضایت شخصی می‌باشد.

نحوه مشارکت

در صورت موافقت با شرکت در مطالعه، از شما مصاحبه‌ای انجام خواهد شد. پیش‌بینی می‌شود این مصاحبه نیمه ساختاریافته حداکثر ۱/۵ ساعت به طول بیانجامد که با اجازه شما ضبط می‌گردد. پس از پایان مصاحبه و برگرداندن آن، متن مکتوب مصاحبه جهت تأیید صحت و درستی، به شما عودت داده خواهد شد.

نقش مشارکت شما در مطالعه

شرکت در مطالعه گرچه مزیت مستقیم و خاصی به همراه نخواهد داشت، ولی نظرات، تجارب و پیشنهادات شما می‌تواند نقش مهمی در تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور را موجب گردد. از آن‌جا که کلیه اطلاعات محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند، بنابراین قبول شرکت در مطالعه، به استثنای وقتی که از شما برای انجام مصاحبه می‌گیرد، مزاحمت دیگری برای شما نخواهد داشت.

نحوه استفاده از داده‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده

اطلاعات گردآوری شده صرفاً توسط تیم پژوهشی بررسی می‌شود و از تحلیل آن‌ها برای نگارش گزارش و برون‌دادهای مرتبط با آن استفاده خواهد شد. در هیچ‌یک از اشکال انتشار یافته‌ها، نام و یا مشخصاتی از شما ذکر نخواهد شد. جهت اطلاع از نتایج، پس از اتمام کار خلاصه‌ای از نتایج برایتان ارسال خواهد شد.

در صورتی که موافق شرکت در مطالعه هستید

لطفاً فرم رضایت مشارکت‌کنندگان را امضا فرمایید و جهت عودت به پژوهشگران آن را تا زمان انجام مصاحبه نزد خود نگهدارید. ضمناً زمانی را برای انجام مصاحبه پیشنهاد و تعیین فرمایید تا هماهنگی‌های لازم جهت مراجعه به عمل آید.

اطلاعات تماس با مدیر تیم پژوهشی

حانیه‌سادات سجادی، تهران، بلوار کشاورز، خ وصال شیرازی، خ ایتالیا، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۰۹۱۳۳۰۴۳۶۹۴، آدرس پست الکترونیکی hsajjadi@sina.tums.ac.ir

فرم اخذ رضایت از شرکت کنندگان در جلسه مصاحبه

این فرم رضایت گویای حقوق فردی اینجانب به عنوان مصاحبه شونده در مطالعه تحلیل سیاست گذاری طرح تحول سلامت در حوزه درمان کشور است که توسط خانم معصومه حسینی انجام می شود. مصاحبه به منظور اطلاع از درک و تجربیات اینجانب درباره موضوع مورد مطالعه می باشد و حدود یک تا یک و نیم ساعت به طول خواهد کشید.

اینجانب با آگاهی کامل می دانم که:

۱. شرکت در مصاحبه کاملاً داوطلبانه است.
 ۲. این اختیار را از پاسخ دادن به برخی سؤالات امتناع ورزم.
 ۳. مجاز خواهم بود مصاحبه را در هر زمانی که مایل باشم، خاتمه دهم.
 ۴. ممکن است بخواهم مصاحبه ضبط نشود.
 ۵. مشخصات من (نام، وضعیت اشتغال و ...) در هرگونه بحث و انتشار نتایج مطالعه محرمانه خواهد ماند.
 ۶. مشخصات من در هیچ نوار (یا فایل دیجیتالی) مصاحبه و یا برگردان آن، باقی نخواهد ماند.
- اینجانب شرایط این فرم رضایت را مطالعه کرده و با اطلاع کامل در این مطالعه شرکت خواهم کرد.

نام و امضای مصاحبه کننده

نام و امضای مصاحبه شونده

چک لیست استخراج داده از اسناد سیاستی

نام سند:

نوع سند:

زمان انتشار سند:

محل/سازمان انتشار سند:

نویسنده/نویسندگان سند:

خلاصه محتوای سند:

نکات مهم اشاره شده در سند:

ذینفعان سند:

موارد مربوط به تحلیل سیاست:

منابع مهم سند:

ملاحظات:

فرم راهنمای مصاحبه

نام مصاحبه شونده:

سمت سازمانی مصاحبه شونده:

سازمان متبوع مصاحبه شونده:

تاریخ و زمان انجام مصاحبه:

محل انجام مصاحبه:

سمت مصاحبه شونده:

سوالات مصاحبه:

- ۱- دیدگاه کلی شما نسبت به طرح تحول سلامت در حوزه درمان چیست؟ (طرح تحول سلامت در بخش درمان را چگونه ارزیابی می‌کنید؟)
- ۲- به نظر شما کدام عوامل بر پیدایش و طراحی (تدوین) سیاست طرح تحول سلامت در بخش درمان تاثیرگذار بوده است؟ در مرحله اجرا چطور؟ (عوامل کلان و خرد مانند عوامل اجتماعی/سیاسی/اقتصادی/سلامتی و ...)
- ۳- چرا لازم شد در نظام سلامت در حوزه درمان تحول صورت گیرد؟ (به عبارتی چه زمانی بحث تحول در حوزه درمان مطرح شد؟)
- ۴- برنامه تحول سلامت در حوزه درمان چه اهدافی را دنبال می‌کرد و بهبود چه شاخص‌هایی مد نظر بود؟ چه میزان از این اهداف محقق شده است؟ موانع دستیابی چه بوده است؟
- ۵- فرایند تدوین طرح تحول در بخش درمان را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
 - سازمان‌های تدوین کننده و نقش آنها
 - شواهد حمایت کننده و رد کننده وجود داشته؟
 - نقش سازمان شما در تدوین طرح چه بود؟
- ۶- فرایند اجرای طرح را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ چه چالش‌ها و ویژگی‌های مثبت و منفی داشته است؟
- ۷- فرایند ارزشیابی طرح را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ چه چالش‌ها و ویژگی‌های مثبت و منفی داشته است؟
- ۸- محتوای برنامه را چگونه ارزیابی می‌کنید (با توجه به اهرم‌های کنترل)
- ۹- ساختارهای سیاستی و اجرایی طرح را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
- ۱۰- نقش شواهد پشتیبان در مرحله تدوین، اجرا و ارزشیابی چگونه بوده است؟
- ۱۱- مهمترین شرکای برنامه (ذینفعان) چه کسانی یا سازمان‌هایی بودند؟ میزان همکاری را تعامل آنها چگونه بوده است؟ مخالفین و موافقین و روش‌های تعامل آنها چگونه بوده است؟
- ۱۲- دیدگاه شما پیرامون پیامدهای برنامه تحول در حوزه درمان چیست؟ (پیامدهای پوشش موثر خدمات سلامت/حفاظت مالی و ...)
- ۱۳- به نظر شما اگر توضیحات دیگری نیاز است بیان فرمایید.